

OPAS LEIKKAUSASENNOISTA

Apuväline Mehiläinen Oy:n Lahden yksikön leikkaussalihenkilökunnalle

LAB-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoidaja (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali- ja terveysala
Kevät 2020
Elina Hyökki
Jenni Johansson
Jessi Haapala

Tiivistelmä

Tekijä(t)	Julkaisun laji	Valmistumisaika
Hyökki, Elina	Opinnäytetyö, AMK	Kevät 2020
Johansson, Jenni	Sivumäärä	
Haapala, Jessi	65 sivua (sis. 31 liitesivua)	
Työn nimi		
Opas leikkausasennoista Apuväline Mehiläinen Oy:n leikkaussalihenkilökunnalle		
Tutkinto		
Sairaanhoitaja (AMK)		
Tiivistelmä		
<p>Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteen kanssa. Toimintaympäristönä toimivat Mehiläinen Oy:n Lahden kaksi leikkaussalia. Leikkaussaliympäristössä keskityttiin erityisesti leikkaustasoihin, niiden eri osiin ja osien toimintoihin.</p> <p>Opinnäytetyöprosessin tuotoksena syntyi opas leikkausasennoista, joita Mehiläinen Oy:n Lahden yksikössä käytetään. Opinnäytetyön tuotoksena muodostuneessa oppaassa käsiteltiin yksikössä käytettäviä leikkausasentoja, jotka valittiin yhteistyössä Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteen leikkaussalikoordinaattorin kanssa. Opinnäytetyön ja oppaan teoria koottiin näyttöön perustuvasta tiedosta laajasti erilaisia lähteitä hyödyntäen.</p> <p>Lopputuotoksena syntynyt opas leikkausasennoista esiteltiin Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteessä leikkaussalihenkilökunnan jäsenille. Paikalla ollut henkilökunta täytti palautekyselyn opasta koskien. Vastauksissaan he toivat esille, että opasta voisi jatkokehittää lisäämällä siihen leikkausasentoja, joita opas ei sisällä. Laajempaa opasta voisi hyödyntää muissakin Mehiläinen Oy:n yksiköissä.</p> <p>Kyseessä oli toiminnallinen opinnäytetyö ja sen tavoitteena oli laatia Mehiläinen Oy:n Lahden yksikön leikkaustiimin käyttöön opas turvallisista leikkausasennoista. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli leikkausasentojen turvallisuuden varmistaminen. Tarkoituksena on myös auttaa leikkaussaleissa työskentelevää henkilökuntaa ylläpitämään tietojansa ja taitojansa oppaan avulla. Myös yksikön hoitotyön opiskelijat voivat käyttää opasta kirurgisen harjoittelujakson tukena.</p>		
Asiasanat		
perioperatiivinen hoitotyö, leikkausasento, leikkaussali, potilasturvallisuus		

Abstract

Author(s)	Type of publication	Published
Hyökki, Elina	Bachelor's thesis	Spring 2020
Johansson, Jenni	Number of pages	
Haapala, Jessi	65 pages	
Title of publication		
A guide of surgical positioning		
A booklet to the staff members and students of Lahti Mehiläinen Oy of surgical positions		
Name of Degree		
Bachelor's degree Programme in Nursing		
Abstract		
<p>The thesis was produced in collaboration with a private health care provider Mehiläinen company. More specifically, the collaboration took place with the company's unit located in Lahti. The Lahti unit of Mehiläinen company acted as the operational environment during the thesis process. The focus was in the operating rooms and especially in the operating rooms' tables and their different parts, which enable different positions for surgeries.</p> <p>The final result of the thesis project was a guide booklet of safe surgical positioning. The booklet covered the surgical positions which are used in the unit of Lahti, and all the positions were chosen in co-operation with the surgical coordinator of the unit. The theory for the thesis and the guide booklet was collected from various evidence-based sources.</p> <p>After presenting the guide booklet in the Lahti unit of Mehiläinen company, feedback was collected by using a feedback form. The staff members of Lahti unit who were working at the operating room environment were the ones to answer to the feedback form. The main suggestions according to the feedback received was to present more surgical positions in the booklet, so it could be used by other Mehiläinen company's units.</p> <p>The thesis was practice-based, and the objective of the thesis was to produce guide booklet to create safe surgical positions. The booklet was targeted to the new employees of the company's unit in Lahti, and for the nursing students who complete their surgical internship period there. The objective of the thesis was also to increase patient safety in the unit.</p>		
Keywords		
perioperative nursing, surgical position, operating room, patient safety		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KOHDEORGANISAATIO JA OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT.....	2
2.1	Mehiläinen Oy organisaationa	2
2.2	Lahden yksikkö toimintaympäristönä	2
2.3	Tarkoitus ja tavoite.....	4
3	TIETOPERUSTA.....	5
3.1	Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä	5
3.2	Leikkausasentojen merkitys.....	7
3.3	Leikkaussali ja sen varustelu	9
4	LEIKKAUSASENNOT MEHILÄINEN OY LAHDEN TOIMIPISTEESSÄ.....	11
4.1	Selkäasento	11
4.2	Rantatuoliasento	13
4.3	Kylkiasento.....	14
4.4	Ortopedinen asento	16
4.5	Vatsa-asento	16
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	19
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	19
5.2	Hyvän oppaan kriteerit.....	19
5.3	Oppaan suunnittelu ja toteutus.....	21
5.4	Palautekyselyn laatiminen ja sen tulokset.....	22
6	POHDINTA	26
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	26
6.2	Arviointi.....	27
6.3	Johtopäätökset ja kehittämisen kohteet	28
	LÄHTEET.....	29
	LIITTEET.....	34

1 JOHDANTO

Suomessa tehdään vuosittain yli 350 000 erilaista kiireetöntä eli elektiivistä leikkausta (Koivusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila 2015). Hyvin suunniteltu ja toteutettu leikkausasento edistää potilasturvallisuutta ja vähentää leikkausasentoihin liittyviä komplikaatio-ri-kejä (Vaarala 2014). Tengvall (2010) kirjoittaa, että leikkaussaliympäristössä työskentele-vien hoitajien ammattipätevyyden merkityksen potilaan leikkaushoidossa olevan tärkeässä roolissa. Leikkaussalissa työskentelevien hoitajien velvollisuutena on ylläpitää sekä päivit-tää omaa ammatillista osaamistaan. Leikkausasennon turvallinen takaaminen ja asennon pysyminen koko leikkauksen ajan kuuluu jokaisen leikkaussaliympäristössä työskentele-vän hoitajan ammattipätevyyteen.

Leikkauksen aikana käytettävillä lääkeaineilla on lamaava vaikutus potilaan verenkierron säätelymekanismeihin. Tällöin nukutetun potilaan asennolla on suurempi vaikutus sydä-men, verisuonten ja verenkierron toimintaan. Nukutetun potilaan asento vaikuttaa myös keuhkojen toimintaan. Lisäksi anestesian aikana potilaalla on suurempi riski altistua her-mojen, ihon, lihasten ja muiden pehmytkudosten paine-, venytys- ja puristusvammoille. (Rotko 2010.)

Leikkaussalihenkilökunnan välisellä vuorovaikutuksella ja tiimityöskentelyllä on suuri mer-kitys leikkaushoidossa. Tiimityön tärkeään merkitykseen on hyvä keskittyä jo opiskeluvai-heessa, jotta hoitotyön opiskelijoiden tiimityötaidot sekä sujuva yhteistyö muun hoitohenki-lökunnan kanssa sujuisi työelämässä ammattitaitoisesti. Leikkausyksikön koon tai uuden työntekijän tulo työyksikköön ei saisi vaikuttaa hoitohenkilökunnan asenteisiin tai ammatti-taitoon hoitaa potilasta leikkaustiimin kanssa. Jotta tiimityö sujuisi ammattitaitoisesti, täy-tyy pitää mielessä mikä on keskeisintä: keskittyminen hoitotyön yhteiseen päämäärään ja sen mukaan toimimiseen. Näin taataan leikkauspotilaan turvallinen leikkaushoito. (Silén-Lipponen 2005.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia Mehiläinen Oy:n Lahden yksikön leikkaustiimin käyt-töön opas turvallisista leikkausasunnoista. Yksikön leikkaustiimi ja yksikössä harjoittelu-jaksoa suorittavat opiskelijat voisivat myös hyödyntää opasta jokapäiväisessä työssään ja leikkaustoimintaan perehtymisessä.

2 KOHDEORGANISAATIO JA OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Mehiläinen Oy organisaationa

Mehiläinen Oy on yksi suurimmista sosiaali- ja terveystalveluiden tuottajista Suomessa. Toimipisteitä ympäri Suomea löytyy yli 440 ja palveluita on käytettävissä monessa eri kaupungissa eri puolilla Suomea. Palvelut ovat käytössä niin yksityis- kuin yritysasiakkaille, sekä myös kunta-asiakkaille. Organisaatiossa työskentelee asiantuntijoita 46:lta lääketieteen erikoisalalta, jotka tekevät työtään asiakkaita ja potilaita varten. (Mehiläinen Oy 2019b.)

Mehiläinen Oy on toiminut jo vuodesta 1909 lähtien, ja ensimmäinen sairaala perustettiin Helsinkiin. Mehiläinen on laajentunut vuosikymmenten kuluessa ja nykypäivänä Mehiläinen sisältää yksityisten terveystalveluiden lisäksi julkisen terveydenhuollon ulkoistukset: suun terveydenhoidon, hoivapalvelut, lastensuojelun ja mielenterveyskuntoutuksen. Mehiläinen Oy on laajentanut toimintaansa myös hammaslääkäripalveluiden pariin, jotka ovat käytettävissä kaikille asiakkaille. (Mehiläinen Oy 2019b.)

Digitaa lisuus on yksi pysyvä osa terveydenhuoltopalveluita, ja näin on myös Mehiläinen Oy:ssä. Digitaalisuus ja sen sisällyttäminen terveystalveluihin on ollut hyödyksi asiakaskunnan hoitoon liittyvissä asioissa: digiklinikka on apuna hoitoon liittyvissä asioissa työterveyshuollossa, ja apua saa 24/7 etävastaanoton kautta. Myös OmaMehiläinen-palvelusovelluksen käyttö on lisääntynyt asiakkaiden keskuudessa markkinoinnin myötä. Palvelu sisältää muun muassa käyntihistoriaa, tutkimustuloksia kuvantamiskuvia myöten, sekä mahdollisuuden uusii reseptejä ja kysyä mieltä askarruttavista asioista lääkäriltä tai hoitajalta vastaanottokäynnin jälkeen. (Mehiläinen Oy 2019a.)

2.2 Lahden yksikkö toimintaympäristönä

Toimintaympäristönämme opinnäytetyöprosessin ajan toimi Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteen kaksi leikkaussalia, jotka sijaitsevat Lahden keskustassa Mehiläinen Oy:n tiloissa. Leikkaussaliympäristössä huomiota on kiinnitetty erityisesti leikkaustasoon, sekä sen eri osien toimintoihin, joiden avulla eri leikkausasennot ovat mahdollista toteuttaa.

Lahden toimipisteessä on käytössä kaksi leikkaussalia: sali 1 sekä sali 2. Salien leikkaustasot eivät ole keskenään samanlaisia, ja muitakin eroavaisuuksia löytyy. Salissa 1 tehdään pääsääntöisesti olkapäiden tähytystoimenpiteitä ja muita anestesiaa vaativia leikkauksia. Salissa 2 tehdään niin puudutuksessa tehtäviä pientoimenpiteitä, kuin myös leikkauksia, jotka voidaan suorittaa ilman potilaan nukuttamista, kuten korvien putkituksia ja silmäluomien leikkauksia. (Laine 2020.)



Kuva 1. Leikkaussali 1



Kuva 2. Leikkaussali 2

Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteessä on kaksi keskenään erilaista leikkaustasoa. Salissa 1 on käytössä Merivaaran® leikkaustaso. Leikkaustason kaukosäädin, jolla leikkaustason osat ovat säädettävissä, on kiinni tasossa johdolla. Salissa 2 on MAQUETIN® leikkaustaso, jonka toimii johdottomalla kaukosäätimellä. Säädin on latauksessa siihen tarkoitettulla latausalustalla silloin, kun sitä ei käytetä. Molemmat leikkaustasot ovat hydraulisia, sekä niitä voi liikuttaa salissa tarpeen mukaisesti. Ne ovat myös jaettavissa eri osiin. Toimintaympäristönä Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteen leikkaussali sisältää leikkaustason lisäksi muitakin tarvittavaa välineistöä, kuten esimerkiksi leikkausvalot ja anestesiakoneen. (Laine 2020.)

Ortopedisiä toimenpiteitä tehdään Lahden yksikössä eniten. Polvioperaatioita tehdään paljon, sekä myös olkapää- ja käsikirurgiaa. Plastiikkakirurgia on yksikössä lisääntynyt ja eniten plastiikkakirurgisista toimenpiteistä tehdään yläluomileikkauksia, sekä rintaleikkauksia. Pääosin lapsille yksikössä tehdään kurkku-, nenä- ja korvakirurgisia korvien putkituksia sekä nielurisaleikkauksia. Yksikössä tehdään myös tyräleikkauksia ja selkäleikkauksia. (Raita 2019.)

Yksikössä on leikkaukseen tuleville potilaille erilliset leikkausvaatteet. Yläosa on t-paita, joka puetaan niin, että toisessa hihassa oleva napitus on operoitavan käden puolella. Kun potilas menee esimerkiksi olkapääleikkaukseen, voidaan paidan napit vain avata, ja näin olkapää saadaan paljastettua. Housut voidaan myös pukea kummin päin vain, riippuen siitä kumpaan jalkaan leikkaus kohdistuu. Toisessa lahkeessa on ylös asti menevä napitus. (Laine 2020.)

2.3 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena on laatia Mehiläinen Oy:n Lahden yksikön leikkaustiimin käyttöön opas turvallisista leikkausasennoista. Yksikön leikkaustiimi ja yksikössä harjoittelujaksoa suorittavat opiskelijat voivat hyödyntää opasta jokapäiväisessä työssään ja leikkaustoimintaan perehtymisessä. Oppaan avulla haluamme myös tuoda Mehiläisen Lahden yksikköön uusinta tutkittua tietoa oppaan muodossa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on leikkausasetojen turvallisuuden varmistaminen. Tarkoituksena on myös auttaa leikkaussaleissa työskentelevää henkilökuntaa ylläpitämään tietojansa ja taitojansa oppaan avulla. Myös yksikön hoitotyön opiskelijat voivat käyttää opasta kirurgisen harjoittelujakson tukena.

3 TIETOPERUSTA

3.1 Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä

Potilasturvallisuus on laaja käsite ja sen merkitys hoitotyössä on suuri. Potilasturvallisuudesta huolehtimiseen kuuluu esimerkiksi hoidon ja lääkehoidon turvallisuus, ja lääkinnällisten laitteiden turvallisuus. Potilasturvallisuus sisältää myös hoitohenkilökunnan kyvyn toimia suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti työssään. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Tohmon, Kuosan ja Erkolan mukaan (Rosenberg 2014, 31) potilasturvallisuus on hyvälaatuisten ja vaikuttavan hoidon kulmakivi.

Potilasturvallisuus on hoitotyön perusta. Leikkausosastolla potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on taata hoidon turvallisuus. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 8-9.) Potilasturvallisuuden kulttuuri muodostuu monista eri tekijöistä: arvoista, asenteista, normeista, käytännöistä ja käytöksestä. Huomionarvoista olisi kiinnittää huomiota siihen, että potilasturvallisuutta voitaisiin kehittää virheistä oppimisen näkökulmasta, eikä virheistä rankaisun näkökulmasta. (Gutierrez, Santos, Peiter, Menegon, Sebold & Erdmann 2018.) Myös Tohmo ja muut (Rosenberg 2014, 31) kirjoittavat, että potilasturvallisuuden edistämiseen kuuluu olennaisesti syyllistämättömyyden periaate, joka tarkoittaa sitä, että tapahtuneita virheitä perioperatiivisessa hoitotyössä voidaan käsitellä avoimesti ja keskittyä niiden ennaltaehkäisyyn.

Potilasturvallisuutta vahvistavat myös erilaiset lait, asetukset ja strategiat. Valtioneuvoston periaatepäätöksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017) tavoitteena on kehittää potilasturvallisuutta palveluissa turvallisemmaksi sekä vaikuttavammaksi. Tämän toimintaohjelman myötä potilasturvallisuus paranisi, ja potilaalle ja asiakkaalle aiheutuisi mahdollisimman vähän haittaa. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sisältää potilaan oikeuksia hyvästä hoidosta, pääsystä hoitoon, tiedonsaannista ja itsemääräämisoikeudesta. Helsingin julistus potilasturvallisuudesta anestesiologian ja tehohoidon erikoissalalla (Finanest 2015) tukee potilasturvallisuuden sanomaa.

Karman ym. (2016, 20) mukaan WHO:n kehittämä leikkaustiimin tarkistuslista on luotu edistämään potilasturvallisuutta. Se on yksinkertainen sekä laajasti sovellettavissa ja se sisältää potilasta koskevia tietoja ennen anestesian aloitusta, ennen leikkauksen aloitusta sekä ennen potilaan leikkaussalista poistumista (Pauniahho & Ikonen 2010). Helsingin julkisissa potilasturvallisuudessa (2015) leikkaustiimin tarkistuslista mainitaan yhtenä keskeisistä potilasturvallisuutta parantavista vaatimuksista. Myös esimerkiksi ISBAR-raportointimenetelmällä on tärkeä merkitys potilasturvallisuuden takaamiseksi. Se on suullinen raportointitapa potilasta koskevien tietojen siirtymisellä hoitohenkilökunnan välillä.

(Heikkinen, Hoikka, Honkanen, Ilola, & Katomaa 2013, 225-226.) Pere ja Alahuhta (Rosenberg 2014, 38-39) kirjoittavat, että Duodecimin Käypä Hoito -suositukset ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja, jotka koskevat yksittäisten sairauksien diagnostiikkaa ja hoidon vaikuttavuutta. Suosituksia löytyy eri erikoisaloille ja noudattamalla suosituksissa kuvattuja toimintatapoja ja ohjeita, voidaan parantaa potilasturvallisuutta.

Perioperatiivisen sairaanhoitajan, ja muunkin henkilökunnan, aseptinen osaaminen osaltaan vahvistaa potilasturvallisuutta. Aseptisen toiminnan perusteita ovat vaadittavien aseptisten toimintatapojen noudattaminen. (Karma 2016, 37.) Aseptiikalla tarkoitetaan sellaisia toimenpiteitä, joilla estetään infektioiden synty. Käytännön hoitotyössä infektioiden torjunnasta ovat vastuussa suurimmaksi osaksi hoitajat. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaisen potilaan hoidossa tulee noudattaa tutkittuun tietoon perustuvia hoitokäytäntöjä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2016, 95-98.) Noin joka kahdeskymmenes sairaalaan osastohoitoon tuleva potilas saa sairaalainfektion, ja kirurgiseen hoitoon tulevat potilaat kuuluvat suurimpaan riskiryhmään, jotka sairaalainfektion voivat saada. Kosketustartunta on yleisin tartuntatie, joten käsidesinfektio on infektioiden tärkein ehkäisyn toimi. (Lumio 2018.)

Leikkaustiimin rooli

On tärkeää ymmärtää ne tekijät, jotka auttavat leikkaustiimiä olemaan tehokas. Tehokkuutta voivat heikentää erilaiset asiat, kuten esimerkiksi väärinymmärrykset leikkaustiimin jäsenten keskinäisestä vastuualueista ja tehtävistä tai vallitsevat hierarkiat tiimin jäsenten kesken. Tiimityöskentelyn tehokkuus on perioperatiivisessa työssä jokseenkin vajavaista, vaikka käytössä on monenlaisia työtä helpottavia tarkistuslistoja ja muita tämän kaltaisia työkaluja. (Teunissen, Burrell & Maskill 2019.)

Leikkaustiimi koostuu tyypillisesti eri ammattiryhmiä edustavista jäsenistä. Leikkaustiimin sisällä ammattiryhmien jäsenten kesken kaikilla on hieman erilainen tavoite, rooli, ammatillinen tausta, ja kliininen asiantuntemus. Sairaanhoitajat ovat määrällisesti suurin ryhmä leikkaustiimissä. (Baker, Day & Salas 2006; Burtcher & Manser 2012, Teunissenin ja muiden 2019 mukaan.)

Leikkaustiimin leikkaushoitajilta edellytetään korkeaa ammatillista pätevyyttä: Tengvall (2010) on onnistunut kyselytutkimuksessaan määrittelemään kahdeksan leikkaushoitajan ammatillisen pätevyyden osa-alueita intraoperatiivisessa hoitotyössä. Nämä osa-alueet ovat aseptiikka ja turvallisuus, dokumentointi ja kommunikointi, leikkaushoidon tekniikka, lääke- ja anestesiahoito, hoitovalmistelut, hoidon yksilöllisyys, äkilliset erityistoiminnot ja leikkausasennot. Leikkausasentojen osa-alue sisälsi jokaiselle potilaalle tehtävät leikkausasentoon liittyvät hoitotyön toiminnot. Jokaisella osa-alueella anestesia-, instrumentti-

sekä valvovalla hoitajalla on omat roolit leikkaustiimissä huolehtiakseen potilaasta parhaalla mahdollisella tavalla.

Virheet leikkaustoiminnassa liittyvät yleensä leikkaustiimin kommunikaation puutteeseen ja heikkoon tiimityöskentelyyn, eikä niinkään tekniseen osaamiseen (Mustajoki, Kinnunen & Aaltonen 2014). Teunissen ja muut (2019) kirjoittavatkin, että perioperatiiviseen hoitotyöhön liittyvässä kirjallisuudessa keskitytään pääasiassa virhetapahtumien ehkäisyyn. Muun muassa WHO:n leikkaustiimin tarkistuslista on luotu tukemaan tiimin toimintaa, jotta välttyttäisiin potilasturvallisuutta vaarantavilta seikoilta, jotka ilman tarkistuslistaa voisivat jäädä huomaamatta. (Mustajoki ja muut 2014.)

Mehiläinen Oy:n Lahden yksikön leikkaussaleissa potilaasta vastaa koko leikkauksen ajan leikkaustiimi (Laine 2020). Hynysen (Rosenberg 2014, 13) mukaan anestesia lääkäri johtaa anestesiaryhmää, johon anestesiologin tai siihen erikoistuvan lääkärin lisäksi kuuluu anestesiahoitaja. Laineen (2020) mukaan keskiverto leikkausaika on Mehiläinen Oy:n Lahden yksikössä noin tunnin verran. Monet leikkaukset ovat lyhyempiäkin ja anestesia lääkäri on koko leikkauksen ajan salissa. Karman ja muiden (2016, 104-105) mukaan leikkausasennon laittaa yleensä leikkaushoitaja yhteistyössä leikkaustiimin kanssa.

3.2 Leikkausasentojen merkitys

Erilaiset leikkausasennot ovat välttämättömyys, jotta leikkauspotilaan operoitaviin elimiin tai raajoihin on mahdollista suorittaa vaadittava toimenpide. Joskus leikkausasennot voivat olla haastaviakin, ja potilaan kannalta huono leikkausasento voi aiheuttaa pysyviä vaurioita tai aiheuttaa jopa hengenvaaran. Nukutettu tai puudutettu potilas ei itse tiedä onko hän hyvässä vai huonossa asennossa. Karma ym. 2016, 104-105.) Hyvästä ja turvallisesta leikkausasennosta onkin vastuussa koko leikkaustiimi; leikkaus-, anestesiahoitaja sekä lääkintävahtimestari tarvittaessa (Tengvall 2010).

Leikkausasennon toteutuksesta vastaa pääosin valvova hoitaja yhteistyössä anestesiahoitajan sekä lääkintävahtimestarin kanssa, ja turvallisen leikkausasennon tietämyksellä ehkäistään erilaisia komplikaatioita (Tengvall 2010). Tärkeää on riittävä määrä avustavaa henkilökuntaa, jotta potilaan pää tai raajat eivät pääse esimerkiksi retkahtamaan, ja näin myös henkilökunta säästyy tuki- ja liikuntaelinvammoilta. (Karma ym. 2016, 104-105.)

Leikkausasennon valintaan vaikuttavat monet eri tekijä, mutta ehkä vaikuttavimpina näistä tekijöistä ovat potilaalle tehtävä toimenpide, anestesiamuoto, potilaan kehonrakenne sekä mahdolliset liikeratoja rajoittavat sairaudet. Leikkausasennosta huolehtii koko leikkaustiimi aina toimenpiteen loppuun saakka. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 281, 284.) Hynysen

(Rosenberg 2014, 13) kirjoittaa, että tärkeää on, ettei potilasta jätetä koskaan yksin leikkaustasolle, vaan ammattihenkilön on koko ajan oltava paikalla valvomassa tilannetta.

Leikkausasennon tarkoituksena on antaa kirurgille esteetön näkyvyys ja pääsy leikkausalueelle niin, että asento ei aiheuttaisi leikkauspotilaalle vahinkoa. Asennon tulee olla potilaalle mahdollisimman turvallinen, mutta sen tulee myös mahdollistaa potilaan tarkkailu ja anestesiasta huolehtiminen toimenpiteen ajan. (Vaarala 2014.) Karma ja muut (2016, 105) kirjoittavat, että leikkauksen aikaisen asennon tulee olla toiminnallinen ja muunneltavissa.

Leikkausasentojen turvallisuuteen ja varmistamiseen sekä leikkausasunnoista aiheutuvien mahdollisten komplikaatioiden ehkäisyyn käytetään myös tason osien ja tukien lisäksi muitakin välineitä. Näin vältetään iho- ja hermovaurioilta. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset pehmusteet, leikkausliina, vuodesuojat, tarraremmat, pään alle asetettavat tyyny ja kiilatyyny. (Lukkari ym. 2015, 211-212.) Vaahtomuovipohjaiset materiaalit on havaittu leikkaustason pehmustamisessa hyväksi vaihtoehdoksi. Kehon paino jakautuu vaahtomuoviselle alustalle tasaisemmin kuin tavalliselle leikkaustasolle. Tämän vuoksi vaahtomuoviset alustat ja pehmikkeet ovat hyviä etenkin painehaavojen syntymisen ehkäisemiseksi leikkauksen aikana. (Oliveira, Pires, De-Mattia, Barichello, Galvão, Araújo & Barbosa 2018.)

Leikkausasentojen laittamisessa erilaiset potilaasta johtuvat yksilölliset syyt voivat aiheuttaa leikkaussalin henkilökunnalle haasteita. Tällaisia syitä voivat esimerkiksi olla potilaan ylipaino, liikerajoitukset, aikaisemmista leikkauksista tai kiputiloista johtuvat haasteet. Näiden leikkauspotilaiden kohdalla asennonlaitossa tarvitaan yksilöllistä suunnittelua ja joskus innovatiivisuuttakin. Joskus ideaalista leikkausasentoa ei voi toteuttaa, joten kompromissin tuloksena potilas täytyy operoida sillä hetkellä parhaassa asennossa. (Karma ym. 2016, 108.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2020) mukaan noin neljännes suomalaisista aikuisista voidaan luokitella lihaviksi, ja suomalaisten painon nousu on jatkunut jo muutamia kymmeniä vuosia. Dybec (2004) kirjoittaa, että ylipainoiset potilaat tuovat leikkaussalihoidajille ja -henkilökunnalle uudenlaisia haasteita. Useimmat leikkaustasot kantavat painavimmatkin ihmiset, mutta ylipainoisilla potilailla on suurempi riski esimerkiksi pudota leikkauspöydältä. Täten leikkaustason jalkapäätyyn voi kiinnittää ylimääräiset käsivetimet, jotka auttavat potilaan kehonpainoa jakautumaan tasaisemmin leikkaustasolle. Myös ylimääräiselle pehmusteelle on tarvetta, sillä mitä enemmän potilaalla on painoa, sitä enemmän painetta syntyy alueille, jotka ovat suorassa kontaktissa leikkaustasoon. Karma ja muut (2016, 106) kirjoittavat, että tällaisia kehon alueita ovat muun muassa takaraivo, ristiluu ja kantapää.

Leikkauksen loputtua asento puretaan ja potilas herätetään vasta, kun instrumentoiva sairaanhoitaja on suojannut leikkaushaavan, puhdistanut sen ympäristön ja kiinnittänyt mahdolliset haavaimut. Lihaskrelaksanttien, eli lihaksia rentouttavien lääkkeiden, vaikutus kumotaan vasta-aineilla ja lihasvasteen palautumista seurataan monitorivälitteisesti (Karma ym. 2016, 174.)

3.3 Leikkaussali ja sen varustelu

Leikkausosastojen toimintaympäristöön kuuluu erilaisia tiloja, kuten esimerkiksi vastaanototila, induktiotila, leikkaussali, anestesiavälvontatilat ja varastotilat. Leikkaussalit ovat peruskalustukseltaan ja välineistöltään melko standardoituja, eli leikkaussaleissa on tietty määrä kalusteita, lääkintälaitteita ja hoitotarvikkeita. Standardisoinnilla pyritään maksimoimaan potilasturvallisuus leikkaussaliympäristössä. (Karma ym. 2016, 30.) Leikkaussaliympäristössä on leikkauksen aikana erotettava steriili puoli ja epästeriili puoli. Leikkaussaliympäristö on tunnelmaltaan oltava rauhallinen ja ammattitaitoinen, ja työnjako selvä kaikille hoitotyöntekijöille. Potilaalle on välityttävä rauhallisuus, ammattitaitoisuus ja luottamus. Leikkauksen suunnitteluun ja valmisteluihin vaikuttavat jokaisen potilaan kohdalla erilaiset yksilölliset asiat, ja niihin on perehdyttävä tarpeeksi ajoissa, jotta osataan esimerkiksi muokata leikkaustaso sopivanlaiseksi. (Lukkari ym. 2015, 180.)

Leikkaussaleissa on erilainen ilmanvaihto anestesiakaasujen vuoksi, ja leikkaussalissa vallitsee ylipaine, jonka vuoksi ylimääräistä ovien availua on vältettävä leikkauksen aikana. Suositeltava lämpötila leikkaussalissa on 19-26 astetta, ja varsinkin viileämissä saleissa esimerkiksi lämpöpeittoja sekä lämmityskaapissa olevia mikrokuituvilttejä käytetään ylläpitämään potilaan normaalia ruumiinlämpöä. (Lukkari ym. 2015, 69-70.)

Leikkaustason lisäksi leikkaussalissa on paljon muutakin peruskalustoa- ja välineistöä, jotka ovat helposti liikuteltavissa, puhdistettavissa sekä suojattavissa. Jokaista leikkausta varten täytyy hakea tarvittavat lisävarusteet ja välineet saliin valmiiksi ennen leikkauksen aloitusta. Jokaisessa leikkaussalissa on kaappeja välineistölle, josta valvova hoitaja pystyy hakemaan leikkauksen aikana tarvittavia välineitä. Diatermialaite on tärkeä väline leikkaussalissa ja jokaisesta leikkaussalista sen täytyykin löytyä. Leikkausalueella leikkauksen aikana on tärkeää hyvä valaistus ja jokaisessa leikkaussalissa onkin käytössä leikkauksilamppu, jonka kirkkauden voimakkuutta pystyy valvova hoitaja säätämään. Anestesiapuolella salissa on oma anestesiapöytänsä sekä anestesiakone. Nesteensiirtotelineet kuuluvat myös anestesiapuolelle. Myös imua tarvitaan niin anestesiapuolella kuin instrumenttipuolella. (Lukkari ym. 2015, 72-73.)

Leikkaustaso

Leikkaustason avulla saadaan potilas aseteltua turvalliseen leikkausasentoon. Leikkauspöytiä voi olla erilaisia, mutta yleispöytätaaso lisäosilla on eniten käytetty taso, joka sopii melkein kaikkiin leikkaussaliympäristössä suoritettaviin kirurgisiin toimenpiteisiin. (Lukkari ym. 2015, 210.)

Useimmiten nykyaikaiset leikkaustasot ovat hydraulisia. Ne nousevat, laskevat, taittuvat ja kallistuvat kaukosäätimen avulla. Leikkaustasot voivat olla joko kiinteitä, tai niitä voi liikutella haluttuun kohtaan salin sisällä ja lukita sitten paikalleen. Leikkaustasoissa on kapea pääosa, selkäosa sekä jaettu jalkaosa, tai 1-osainen jalkaosa. Leikkaustasot ovat modulaarisia, eli tasot on mahdollista jakaa moniin eri osiin. (Karma ym. 2016, 104-105.)

4 LEIKKAUSASENNOT MEHILÄINEN OY LAHDEN TOIMIPISTEESSÄ

4.1 Selkäasento

Selkäasento on yleisin leikkausasento (Karma ym. 2016, 106). Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteessä Raidan (2019) sekä Laineen (2020) mukaan se on myös yksikössä yleisimmin käytetty leikkausasento. Selkäasentoa yksikössä käytetään silloin, kun kyseessä on potilas, jolle tehdään tyrä-, yläluomi- tai rintaoperaatio. Tarvittaessa selkäasentoa voidaan muunnella tarpeen mukaisesti.

Karman ja muiden (2016, 106) mukaan huomioitavia seikkoja selkäasennon laitossa on monia: selkäasennossa paine kohdentuu eniten takaraivoon, lapaluihin, ristiluuhun, pohkeisiin ja kantapäihin, joten riittävästä pehmustamisesta täytyy huolehtia. Rotko (2010) ohjeistaa, että riutumisen vuoksi hoikan, eli kakektisen potilaan, selkäasennossa operoitavien potilaiden ristiluun alueen voisi suojata siihen tarkoitetuilla pehmusteilla. Geelipehmusteet kantapäiden alla yhdessä pehmustetun leikkaustason patjan ja pään alle asetetun reikätyynyn kanssa ehkäisevät ihon painehaavaumien syntyä.

Selkäasennossa potilaan polvet eivät saa yliojentua, eikä lanneranka ylikaareutua. Käsiä loitonnetaan korkeintaan 90 astetta vartaloon nähden, ja ne ovat joko neutraaliasennossa tai kämmenpuoli ylöspäin. (Karma ym. 2016, 106.) Myös Laine (2020) muistuttaa siitä, että eivät kädet saa loitontua vartalosta liikaa. Kädet eivät saa roikkua käsitelineen yli, eikä ranne taipua liikaa. Suoniyhteydellä varustettu käsi asetetaan käsitelineelle, ja vapaa käsi pehmustettuna vartalon vierelle. Pään kääntämistä pois päin telineelle ojennetusta kädestä tulisi välttää kaularangan hyvän asennon varmistamiseksi ja leikkaustasoa voi taivuttaa pään alta sopivaan asentoon. (Karma ym. 2016, 106.) Raajojen yliojentumista ja selkäkipuja voidaan ehkäistä käyttämällä esimerkiksi tyynyjä polvien alla pitäen ristiselkä neutraalissa asennossa ja pientä tukea ristiselän alueella (Heikkinen ym. 2013, 190). Laine (2020) ohjeistaa, että potilaan hartioden hermojen tiukkuutta voi käsin tunnustella, jos vaikuttaa siitä, että kädet ovat liian loitonnetussa asennossa.



Kuva 3. Selkäasento

Trendelenburgin ja anti-trendelenburgin asennot

Selkäasentoon liittyvät olennaisesti trendelenburgin ja anti-trendelenburgin asennot. Trendelenburgin asennossa leikkaustasoa kallistetaan niin, että potilaan jalat ovat päätä korkeammalla. Asentoa käytetään vatsaontelon täyhystyksessä tehtävissä toimenpiteissä, joissa halutaan parempi näkyvyys alavatsalle, kun sisäelimet painautuvat palleaa kohti. Jos leikkauksen aikana potilas laitetaan jyrkkään trendelenburgin asentoon, voi hän liukua leikkauspöydän pääpuolta kohti ja vaarana on olkaseudun hermovammojen syntyminen. Tämän ehkäisemiseksi polvien alle asetetaan tuki. Olkapäätukien käyttöä tulee harkita tarkoin olkapäähermovaurion vuoksi, ja niitä käytettäessä tuet tulee pehmustaa huolellisesti. (Rotko 2010.)

Anti-trendelenburgin asento on nimensä mukaisesti trendelenburgin vastakohta, eli leikkaustasoa kallistetaan niin, että pää on korkeammalla kuin potilaan jalat. Asennon tarkoituksena on saada riittävä näkyvyys ylävatsalle leikkauksen aikana. Asento varmistetaan pehmustein ja remmein, sekä potilaan jalkapohjien alle asetetaan jalkatuet. Kummassakin asennossa on tärkeää huomioida potilasturvallisuus. Erityisesti leikkaustason ollessa kallistettuna on riski, että potilas liukuu tasolla, mikäli potilasta ei ole tuettu tarpeeksi hyvin leikkaustasoon kuuluvilla osilla. (Rotko 2010.)

Lasten leikkausasennot

Leikkauskoordinaattori Raidan (2019) mukaan Mehiläinen Oy:n yksikössä operoidaan myös lapsia, ja heille tehdään korva-, nenä- ja kurkun alueen leikkauksia, kuten tärykalvojen putkituksia ja risaleikkauksia. Korva-, nenä- ja kurkun alueen leikkaukset tehdään potilaan ollessa selkäasennossa (Laine 2020).

Korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkauksissa potilaan pään asento saattaa poiketa neutraalista. Asentoa laittaessa tulee välttää kaularangan liiallista ekstensiota ja fleksiota. Jos operoidaan silmien läheisyydessä, tulee myös silmien suojaamiseen kiinnittää erityistä huomiota. (Rotko 2010.)

4.2 Rantatuoliasento

Pitkäsen (Rosenberg 2014, 364) mukaan olkapään täyhystysleikkauksissa käytetään rantatuoliasentoa. Jinnah, Sandeep, Plate, Stone ja Freehill (2016) kirjoittavat, että olkapään täyhystys voidaan suorittaa niin kylkiasennossa kuin rantatuoliasennossakin. Molemmissa asennoissa on omat etunsa, ja kirurgi tekee päätöksen siitä, kummassa asennossa olkapään täyhystys tai leikkaus tehdään. Laineen (2020) mukaan yksikössä olkapääleikkaukset tehdään aina potilaan ollessa leikkaustasolla rantatuoliasennossa.

Rantatuoliasento on toiminnallinen asento, jossa potilaan ylävartalo on kohotettuna sekä jalat ovat koukistettuna. (Jinnah ym. 2016.) Higgins, Frank, Hamamoto, Provencher, Romeo ja Verma (2017) kirjoittavat, että rantatuoliasento on turvallinen ja luotettava asento olkapään täyhystysleikkauksessa. Leikkausalueelle on hyvä näkyvyys, ja myös leikkauksivuodot ovat vähäisempiä kuin selkäasennossa (Heikkinen ym. 2013, 194). Potilas on helppo laittaa rantatuoliasentoon, ja riski hartiapunosvamman syntymiseen on pienempi verrattuna kylkiasennossa tapahtuvaan olkapääoperaatioon (Higgins ym. 2017).

Mehiläinen Oy:n Lahden yksikössä olkapääoperaatioissa käytetään erillistä pääpalaa (Laine 2020). Potilas makaa selkäasennossa leikkaustasolla, ja ylävartalo kohotetaan noin 60 asteen kulmaan. Ennen päädyn nostoa täytyy muistaa varmistaa, että potilaan pakarat ovat tukevasti leikkaustasolla. Seuraavaksi potilasta siirretään sivusuunnassa niin, että operoitavan olkapään puoleinen lapaluu on leikkauspöydän reunalla. Lapaluu tulee muistaa pehmustaa, jotta painehaavoilta välttyttäisiin. Siirron jälkeen lantion ja pakaroiden hyvä asento varmistetaan ja potilaan polvien alle asetetaan tyyny niin, että lonkat ja polvet ovat koukistettuna, mutta mukavasti. (Higgins ym. 2017.) Laineen (2020) mukaan potilaan pakarat asetetaan leikkaustason selkäosan ja keskiosan sauman kohdalle. Tyynyjä saa olla niin paljon, että kantapää irtautuvat leikkaustasosta, ja huomiota täytyy kiinnittää siihen, etteivät hiukset tai pään alueen lävistykset paina päätä. Vapaana olevan käden

asento varmistetaan. Se saa levätä potilaan vatsan päällä tai se laitetaan käsituelle (Higgins ym. 2017). Käsi ei saa loitontua yli 90 astetta, ja käsituki tulee pehmustaa käden alta (Karma ym. 2016, 106).

Kun potilas on saatu asetettua leikkaustasolle hyvin, seuraa operoitavan käden ja olkapään asettelu leikkaustasolle. Leikattava alue pestään ensin steriilisti ja avustava hoitaja, joka on pukeutunut steriilit hanskat, pitää kädestä koko ajan kiinni, jotta se ei pääse retkahtamaan. Käden ja olkapään alueen pesun jälkeen käsi pehmustetaan alla näkyvän kuvan (Kuva 6) pehmusteita ja välineitä käyttäen, ja se kiinnitetään käsitukeen. (Laine 2020.)



Kuva 4. Rantatuoliasento

4.3 Kylkiasento

Selän ja pakaroiden alueen leikkauksia voidaan tehdä kylkiasennossa vatsa-asennon välttämiseksi (Rotko 2010). Laine (2020) mainitsee myös, että nilkan alueen leikkauksissa kylkiasentoa käyttämällä päästään hyvin käsiksi leikattavaan alueeseen. Turvalliseen kylkiasentoon kääntäminen vaatii usean henkilön apua, ettei pää retkahda ja jotta intubaatioputki pysyy paikallaan (Lukkari ym. 2015, 287.) Rotkon (2010) mukaan raajojen asettelulla on suuri merkitys. Potilaan alempi jalka tulisi olla sekä polvesta että lonkasta koukistettuna. Tällä tavoin paino jakaantuu tasaisemmin ja paine tasaantuu lantion alueelta. Näin ehkäistään esimerkiksi lihasaitiosyndrooman syntyä. Myös Laine (2020) muistuttaa alemman jalan koukistamisen tärkeydestä. Lukkari ja muut (2015, 287-288) ovat samaa mieltä jalan koukistuksesta: alempi jalka voi olla koukistettuna, jolloin saadaan lonkan, polven ja nilkan avulla hyvä tukipiste asennolle. Turvavöitä- ja remmejä voidaan laittaa jalkojen ympäri pitäen ne turvallisesti paikoillaan.

Tärkeää kylkiasennossa on laittaa pehmusteita moneen eri paikkaan, jotta ihorikoilta ja hermokompressioilta välttyttäisiin. Pehmusteiden avulla saadaan luotua mahdollisimman luonnollinen kehon asento. Kylkiasennossa tarvitaan kaksi käsitelinettä, jotka ovat pehmustettuja. Käsitelineitä käytettäessä käsien kiinnitys varmistetaan aina käsiremmein. Ylemmän käden tulee olla rennosti telineen päällä ja kulma ei saa olla yli 90 astetta. Ylemmän käsitelineen sijasta voidaan käyttää myös niin kutsuttua halaustyynyä. Halaustyynyillä pyritään turvaamaan mahdollisimman luonnollinen käsien asento. (Lukkari ym. 2015, 287-288.) Laineen (2020) mukaan kylkiasennossa lantion tukiremmi tulee aina muistaa pehmustaa.

Pitkäsen (Rosenberg 2014, 363) mukaan kylkiasennossa tehtävien toimenpiteiden yhteydessä ajan mittaan voi ongelmaksi muodostua alemman olkapään kipu. Potilas saattaa joutua olemaan pitkään samalla kyljellä. Parhaita tapoja olkapääsäryn ehkäisyyn näyttäisi olevan pehmustetut patjat ja mahdollisesti kainaloon laitettava pehmustettu tyyny. Rotkon (2010) mukaan alemmalta olkapäältä paino tulee ohjata rintakehän kannateltavaksi rintakehän alle sijoitettavalla tyynyllä. Lukkari ja muut (2015, 287-288) kirjoittavat, että alemman käden kainaloon on hyvä laittaa pehmuste, joka estää yläraajan hermo-suonipunoksen kompressiota. Tyyny helpottaa myös potilaan hengitystyötä leikkauksen aikana.

Selästä tuetaan asentoa kahdella sivutuella ja yhdellä sivutuella vatsan puolelta. Pehmustetta on muistettava laittaa myös polvien ja nilkkojen alle, sekä polvien väliin pehmustetyynyjä ihorikkojen syntymisen ehkäisemiseksi. (Lukkari ym. 2015, 287-288.) Rotko (2010) muistuttaa, että pää tuetaan kylkiasennossa siten, että kaularanka jää neutraaliasentoon, jotta kaulan alueen verisuoniin ei synny kompressiota. Korvalehti tulee tarkistaa, jotta se ei jää taipuneeksi tai painuksiin kylkiasennossa (Heikkinen ym. 2013, 191).



Kuva 5. Kylkiasento

4.4 Ortopedinen asento

Raidan (2019) mukaan Lahden toimipisteessä tehdään eniten polveen kohdistuvia toimenpiteitä. Polven tähystys on yleisin ortopedinen toimenpide. Polven tähystys voidaan tehdä diagnostisena toimenpiteenä, tai esimerkiksi polven rikkoutunut nivelkierukka voidaan tähystyksellisesti poistaa. Myös nivelsiteen rekonstruktio ja pienten murtumien hoito voidaan suorittaa tähystyksessä. (Ward & Lubowitz 2013.) Laineen (2020) mukaan yksikössä tehdyissä polvileikkauksissa käytetään yleensä aina verityhjiömansettia. Verityhjiömansettia käytetään estämään verenvirtausta leikkausalueella.

Ennen leikkauksen aloitusta potilas on leikkaustason yläpäässä. Anestesian aloitus on täten helpompaa, ja anestesian aloituksen jälkeen potilasta siirretään leikkaustasolla alaspäin. Siirron jälkeen operoitavan polven jalka on kokonaisuudessaan helpompi pestä. Potilaan molemmat kädet ovat käsittelineillä, ja niitä tulee siirtää tarvittaessa, kun potilasta liu'utetaan leikkaustasolla alaspäin. (Laine 2020.) Potilaan leikattavan polven puolelta lantiota siirretään niin, että se on aivan leikkaustason reunalla. Näin jalan saa sivutuella tuettua tukevasti. Jalan asentoja voi leikkauksen aikana muunnella kirurgin tarpeen mukaisesti. (Ward & Lubowitz 2013.) Polven asentoja on erilaisia, esimerkiksi ”nelonen”, jolloin operoitavan polven jalan nilkka asetetaan ”vapaan” jalan päälle. (Laine 2020.)



Kuva 6. Ortopedinen asento

4.5 Vatsa-asento

Selkäleikkauksia tehdään potilaan ollessa vatsa-asennossa leikkaustasolla. Vatsa-asennosta on lukuisia erilaisia muunnoksia, kuten polviasennot, polvi-rinta-asento, sekä peräsuolen ja sakrumin leikkauksissa käytettävä mekka-asento. (Karma ym. 2016, 107.)

Laineen (2020) mukaan Mehiläinen Oy:n Lahden yksikössä selkäleikkauksia tehdään niin kutsutussa GP-asennossa eli genupektoraaliasennossa. Leikkauspöytä asetetaan valmiiksi leikkausasentoa varten. Discusleikkauksissa, eli lannerangan välilevyihin kohdistuvissa leikkauksissa, käytetään yleensä mekka-asentoa. Tässä asennossa potilas on polvillaan ja pakarat nojaavat pehmustettuun tankoon. Rintakehä on asennossa leikkaustasolla, josta asennon virallinen nimi tulee; genupektoraaliasento. (Östman-Laaksonen 2012.)

Potilas siirretään nukutettuna huolellisesti selältä vatsalle niin, että käännessä on mukana riittävä määrä henkilökuntaa. Huomioitavia seikkoja vatsa-asentojen laitossa ovat painaumien ehkäisy, kuten muissakin leikkausasunnoissa, ja käsien sekä pään asentoihin huomion kiinnittäminen. (Karma ym. 2016, 107.) Jo nukutetun potilaan kääntäminen vatsa-asentoon saattaa olla haasteellista ja vatsa-asentoihin liittyy monia riskejä. Ensinnäkin kääntäessä täytyy varoa potilaan pään retkahdusta ja siitä aiheutuvia vammoja. Vatsalleen käännon jälkeen on huomioitava, etteivät vartalon alla olevat tyynyt paina hartiapunosta tai reisihermoa. (Rotko 2010.)

Vatsa-asennossa potilaan vartalo täytyy tukea niin, ettei vatsan alueelle aiheudu puristusta, sillä se aiheuttaa vatsaontelon paineen nousua. Leikkauspotilailla asennon laitossa käytetään yleensä Wilsonin kaaria tai nelipistetyynyjä tukemaan vartaloa solisluun ja lonkan tasolta. Paine kohdistuu etenkin keuhkojen alueelle, lantioiden luunharjanteisiin sekä alaraajojen luunharjannekohtiin. Polvien ja käsien alle tulee laittaa riittävä määrä pehmustetta painaumien ehkäisemiseksi ja kädet tulee kiinnittää esimerkiksi tarranauhoilla telineisiin. Jotta potilaalla on tilaa hengittää, tulee hengitystyynyjä käyttää. Naisilla rinnat sijoitetaan keskelle vartaloa pehmytkudosvaurioiden ehkäisemiseksi. Rintojen lateraalisesti asettelu tuottaa enemmän kipua ja kasvattaa riskiä pehmytkudosvaurioille. (Rotko 2010.) Pitkänen huomauttaa (Rosenberg 2014, 364), että tyyny rinnan alla saattaa painaa, joten se täytyy pehmustaa hyvin.

Valmiissa genupektoraaliasennossa polvien tulee olla suhteessa reisiin pienemmässä kulmassa kuin 90 astetta. Näin paino jakautuu tasaisemmin koko säären alueelle, eikä polvien alueelle synny liiallista painetta. Pakaroiden tulee nojata rentona sille tarkoitettua tukea vasten. Myös lantio tuetaan erillisillä tuilla, jotta se pysyy leikkauksen ajan suorassa. Kädet pyritään laittamaan mahdollisimman luonnolliseen asentoon pehmustetuille käsituille. (Laine 2020.) Östman-Laaksonen (2012) muistuttaa, että jos genupektoraaliasento on laitettu oikein, niin mikään kehon osa ei joudu paineenalaiseksi vaan potilaan keho lepää leikkaustasolla kontallaan.

Potilaan pää ei vatsa-asennoissa saa olla muuta kehoa alempana, ja pään alle voi laittaa rengastyynyn pään alueen painaumien ehkäisemiseksi. Korvalehti ei saa jäädä rullalle ja silmäluomien sulkeminen on tärkeää. Kädet eivät saa olla yliojennuksessa (Karma ym. 2016, 107). Rotko (2010) kirjoittaa, että pää voidaan kääntää sivusuuntaisesti. Pään voi myös tukea neutraaliasentoon, mutta tällöin täytyy huomioida kaulan alueen verenkierron esteettömyys.



Kuva 7. GP-asento

Polvi-rinta-asennossa leikkauspotilas on polvillaan matalamman tason päällä. Tällöin polvien alle tulee laittaa riittävä määrä pehmustetta painaumien ehkäisemiseksi. Potilaan ylävartalo on leikkaustasolla hengitystyynyillä tuettuna. Isokokoisilla potilailla vatsan vapaa roikkuminen on helpompi toteuttaa, ja se on polvi-rinta-asennon etu. (Rotko 2010.) Pitkänen (Rosenberg 2014, 363) kirjoittaa, että vatsa-asentoon sekä polvi-rinta-asentoon liittyen raportoidaan säännöllisesti liittyneen hartiapunoksen venytyksestä tai kasvojen ihon painautumisesta aiheutuvia ongelmia.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ennen varsinaista opinnäytetyöprosessin aloitusta ryhmällemme oli selkeää, että halusimme tehdä opinnäytetyöstä toiminnallisen. Ajatus apuvälineen luomisesta hoitotyön arkeen tuntui mielekkäältä, joten tästä syystä päädyimme toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Halusimme luoda konkreettisen lopputuotoksen, jota sekä jo työelämässä olevat hoitajat että hoitotyön opiskelijat voisivat hyödyntää työssään, työhön perehtymisessään tai harjoittelujaksojen tukena.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä luodaan konkreettinen tuotos kuten esimerkiksi opas, portfolio, esite tai jonnekin järjestetty tapahtuma. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksen takia sen tuotos on aina tehty jotain kohderyhmää varten tai jonkun ryhmän käyttöä varten. (Salonen 2013, 25.) Opinnäytetyömme tarkoituksena oli leikkausasentojen turvallisuuden varmistaminen. Tarkoituksena on myös auttaa leikkaussaleissa työskentelevää henkilökuntaa ylläpitämään tietojansa ja taitojansa oppaan avulla. Myös yksikön hoitotyön opiskelijat voivat käyttää opasta kirurgisen harjoittelujakson tukena.

Aiheeksi muodostui opas yksikössä käytetyistä leikkausasennoista. Opasta varten halusimme yhteistyössä toimeksiantajan kanssa valita juuri heille tärkeimpiä leikkausasentoja, jotta aihe rajautuisi niin, että opas olisi juuri Lahden yksikköä varten mahdollisimman hyödyllinen. Olimme yhteydessä toimeksiantajan leikkauskoordinaattoriin ja hän kertoi meille sähköpostitse yksikössä yleisimmin käytettävistä leikkausasennoista, joten nämä asennot päätyivät oppaaseen.

Salonen (2013, 15) esittelee lineaarisen etenemismallin, jonka mukaan opinnäytetyömme kin eteni: lineaarinen etenemismalli on suoraviivaisesti etenevä ja tyypillinen toiminnalliselle opinnäytetyölle. Työskentelyn aloitimme aiheen ideoinnin jälkeen miettimällä opinnäytetyön tarkoituksen ja sen tavoitteet. Tämän jälkeen teimme opinnäytetyön suunnitelman, joka loi pohjan koko työn etenemiselle. Kun suunnitelma oli hyväksytty, alkoi opinnäytetyön toteuttamisvaihe. Tämän vaiheen aloitimme kokoamalla teoriapohjan työn raporttiosioon, jonka jälkeen toiminnallisen osuuden eli oppaan kokoaminen oli helpompaa. Oppaan esittämisen jälkeen kirjoitimme pohdintaosion opinnäytetyöraporttiin. Tämän jälkeen oli aika viimeistellä raportti ja esittää se julkaisuseminaarissa.

5.2 Hyvän oppaan kriteerit

Erilaiset ohjeet ja oppaat luokitellaan ohjausmateriaaleiksi. Ne voivat olla yhden sivun mittaisia lehtisiä tai useampisivuisia kirjasia. Kirjallisen ohjeen tulee olla kohderyhmällensä

sopiva ja heidän tietojensa ja tarpeidensa mukainen. Kirjalliset ohjeet on usein kirjoitettu liian vaikeataajuisesti ja sisältö on esitetty liian laajasti. Ymmärrettävyyteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota – vaikeasti kirjoitetut ohjeet on helppo ymmärtää väärin. Kirjallisessa muodossa olevan ohjausmateriaalin tulee olla sisällöltään ja kieliasultaan ymmärrettävää ja sopivaa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124-125.)

Selkeässä ja ymmärrettävässä ohjeessa on ilmoitettu, kenelle kyseinen ohje on tarkoitettu ja mikä sen tarkoitus on. Jos käsiteltävä asia on vaikea, voi sitä selkeyttää esimerkein ja kuvauksin. Kirjallisen ohjeen ymmärrettävyyttä voidaan lisätä muun muassa kuvin, kuvioiden ja taulukoin. Niiden tulee olla ymmärrettäviä, tarkkoja, objektiivisia ja lukijan mielenkiinnon herättäviä. Tärkeimpiä asioita voi korostaa tekstissä alleviivauksilla ja muilla korostuskeinoilla. (Kyngäs ym. 2007, 126-127.) Kuvien ja taustavärien on tarkoitus tukea tekstiä. Tiedon tarjoamiseen painottuvilla sivuilla ja asiallisissa esittelyissä kuvien ja värien pääasiallinen tehtävä on herättää lukijan mielenkiinto ja tukea tekstin sisältöä. Valittujen kuvien tulee olla teknisesti moitteettomia ja niiden tulee itsessään tarjota sisältöä ja sanomaa. Kuvien laatu tulee olla hyvä, jotteivät ne vesiä tekstin tavoitetta ja vie lukijan mielenkiintoa. (Luukkonen 2004, 41-42.)

Kirjallisen ohjeen kielen pitää olla selkeää. Terminologian ja sanojen tulee olla yksiselitteisiä, tuttuja ja konkreettisia. Sanojen ja virkkeiden olisi hyvä olla mahdollisimman lyhyitä. Lääketieteellisiä termejä käytettäessä niiden sisältö tulisi määritellä. Kirjallisessa ohjeessa on parempi käyttää aktiivi- kuin passiivimuotoa. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Usein kaikista selkein tapa antaa ohje on tehdä se puhutellen lukijaa käskymuodossa. Ohjeissa on yleensä selvää se, miksi asia on ilmaistu käskymuodossa. Kun ohjeen noudattaminen on oman edun mukaista, tekstin käskymuoto ei vaikuta määräilevältä tai tylältä. Ohjeistusta kirjoittaessa on tärkeää miettiä toimintaa lukijan ja tekijän näkökulmista. Kirjoittajan tai kirjoittajien tulee tunnistaa erilaiset toiminnalle olennaiset vaiheet. (Kotimaisten kielten keskus 2020.)

Opasta kootessa tulee ottaa huomioon myös kieliasullisia seikkoja. Oppaan tulee olla mahdollisimman helppolukuinen ja selkeä. Leipätekstin fonttikoon on oltava riittävän suuri ja helppolukuinen. Ihanteellisen rivin pituudeksi on määritelty 55-60 merkkiä, jotta se takaisi siistit ja tasaiset sanavälit. Riviväli on maltillinen ja hiukan väljennetty riviväli houkuttelee lukijaa enemmän kuin tiivis riviväli. (Itkonen 2012, 91-93.) Oppaan lukija katsoo yhtä aukeamaa kerrallaan. Jotta aukeama näyttäisi yhtenäiseltä, tulisi sisempien marginaalien olla pienempiä kuin ulompien marginaalien. Palstavälin ei tulisi olla pienempi kuin riviväli. (Itkonen 2012, 103-105.) Rakenteellisesti tekstikappaleissa tulisi esittää vain yksi asia

kerrallaan ja kappaleen pääasia sijoitetaan ensimmäiseen virkkeeseen. Lukijan tulee yhdellä silmäyksellä saada käsitys siitä, mitä kappale sisältää (Kyngäs ym. 2007, 127). Selkeä kokonaisrakenne väliotsikoineen palvelee kaikkia tekstejä, myös ohjetekstejä (Kotimaisten kielten keskus 2020).

5.3 Oppaan suunnittelu ja toteutus

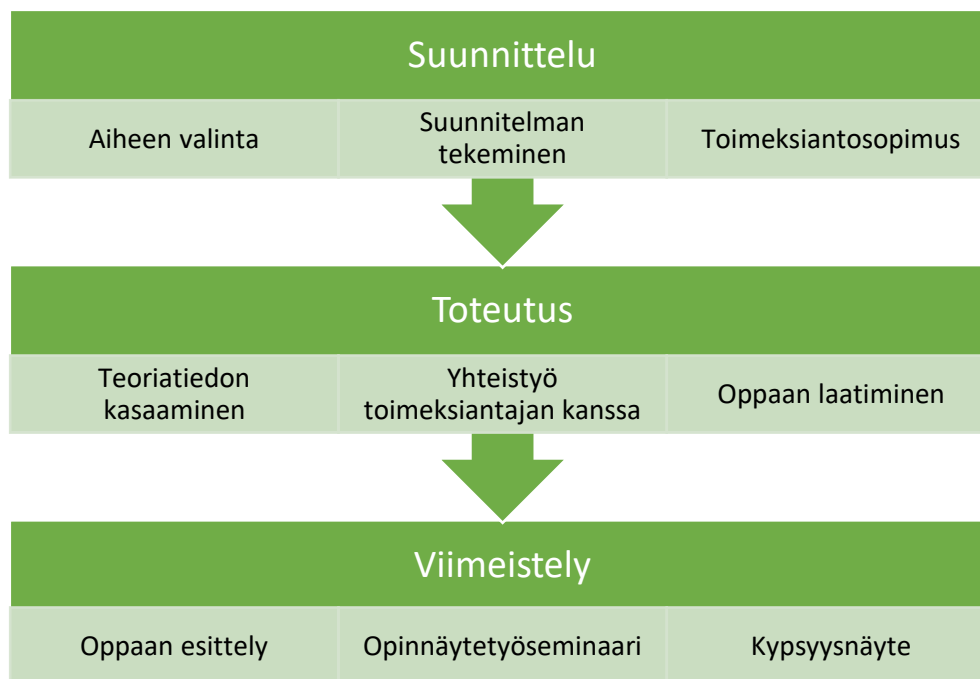
Kuviossa 1, joka on alaluvun lopussa, on kuvattu oppaan tuottamisen aikajana. Ryhmämme aloitti opinnäytetyöprosessin suunnittelun syyskuussa 2019. Otimme oma-aloitteisesti yhteyttä tulevaan toimeksiantajaamme ja kehitelimme opinnäytetyön aiheen yhdessä. Perioperatiivinen hoitotyö on kiinnostanut meitä jokaista opinnäytetyön tekijää sairaanhoitajakoulutuksen ajan, joten aiheen valinta oli melko selkeää. Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteeseen ei ollut tehty aikaisemmin opinnäytetyötä, joten aiheen valinta oli vapaa. Lahden toimipisteessä oli tarvetta leikkaussalissa oppaalle turvallisista leikkausasennoista, joten saimme yhdistettyä heidän tarpeensa ja meidän tekijöiden kiinnostuksen kohteen tähän opinnäytetyön aiheeseen.

Allekirjoitimme toimeksiantosopimuksen Lahden Mehiläinen Oy:n kanssa marraskuun 2019 aikana sen jälkeen, kun olimme saaneet hyväksynnän opinnäytetyön suunnitelmaan Lahden ammattikorkeakoulun puolesta. Sovimme myös Lahden yksikön leikkauskoordinaattorin kanssa yhteistyössä oppaan toteutusaikataulusta ja mahdollisesta päivästä tulla kuvaamaan leikkausasentoja yksikössä työskentelevän sairaanhoitajan avustuksella. Lopuvuoden 2019 aikana etsimme lähteitä eri tietokannoista sekä kirjastoa hyödyntäen ja kasasimme teoriaosuutta opinnäytetyötä varten.

Tammikuun 2020 aikana kävimme Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteen leikkaussaleissa kuvaamassa leikkausasennot sekä haastattelemassa leikkaussalissa työskentelevää sairaanhoitajaa. Halusimme haastatella hoitajaa samaan aikaan leikkausasentoja kuvattaessa, jotta saisimme kaiken mahdollisen tiedon ylös, jota pystymme hyödyntää niin opinnäytetyötä kuin opasta tehdessä. Pyrimme myös saamaan lisäkehitysideoita oppaan tekoa varten toimeksiantajan suunnalta.

Tammi- ja helmikuun aikana 2020 saimme viimeisteltyä oppaan leikkausasennoista ja esitimme sen helmikuussa 2020 Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteessä leikkaussalihenkilökunnalle sen jälkeen, kun olimme saaneet opinnäytetyömme ohjaajalta hyväksynnän oppaalle ja palautekyselylomakkeelle. Esittelytilaisuudessa keräsimme myös kirjallista palautetta oppaasta tekemäämme kyselylomaketta käyttäen. Kirjallinen palautekysely oli suunniteltu Mehiläinen Oy:n Lahden leikkaussalihenkilökunnan täytettäväksi oppaan

esittelyn jälkeen. Kirjallisen palautekyselyn sekä myös suullisen palautteen avulla saimme tietoa oppaan hyödyllisyydestä sekä kehityskohteista.



Kuvio 1. Oppaan tuottamisen aikajana

5.4 Palautekyselyn laatiminen ja sen tulokset

Kysely on aineiston keruutapa, jossa kysymysten muoto on vakioitu. Vakioinnilla tarkoitetaan, että kaikilta kyselyyn vastaajilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselyyn vastaaja lukee kysymyksen ja vastaa siihen itse. Kyselyä käytetään aineiston keräämisen tapana, kun halutaan selvittää henkilöiden asenteita, ominaisuuksia tai mielipiteitä. (Veal 1997; Hirsjärvi 2005; Vilkan 2013, 28 mukaan.)

Kyselyn tekijän tulee osata ottaa huomioon kyselyyn vastaajien aika, halukkuus ja taidot vastata kyselyyn. Kyselylomakkeen tulee olla kohtuullisen mittainen ja ulkoasun tulee olla selkeä. Kysymyspatteriston tulee olla kattava, mutta samalla yksinkertainen ja helppotajuinen, jotta väärinymmärryksiä ei pääsisi syntymään. (Saaranen-Kauppinen, Puusniekka, Eskola, Kuula-Luumi, Rissanen & Karvinen 2010.) Hyvin suunniteltu kyselylomake helpottaa aineiston analyysia ja tulosten tulkitsemista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 190).

Onnistuneeseen kyselylomakkeeseen ja siihen vastaamiseen vaikuttavat monet tekijät. Lomakkeen tarkistukset ja varmennukset tulee tehdä ennen kuin se toimitetaan vastaajille. Ennen lomakkeen toimittamista vastaajille on huolehdittava siitä, että vastaajilla on kiinnostusta kyselyn aihepiiriä kohtaan. Vastausohjeiden tulee olla helposti

ymmärrettävissä ja mahdollisen saatetekstin tyyli ja vaikuttavuus tulee tarkistaa. (Veal 1997, 155; Heikkilä 2004, 48; Vilkan 2013, 63 mukaan.)

Kyselylomaketta laatiessamme noudatimme Saaranen-Kauppisen ja muiden (2010) ohjeistusta ja aloitimme kysymyksillä, joihin on helppo vastata. Kiinnitimme huomiota myös siihen, että kysymykset ovat loogisessa järjestyksessä. Koska kyseessä ei ole tutkimuksessa hyödynnettävä kysely, vaan palautekysely opinnäytetyön tuotoksena syntyneen oppaan arviointiin ja sen jatkokehittämisideoiden pohtimiseen, emme edellytä, että jokaiseen kysymykseen olisi pakko vastata.

Valitsimme kyselylomakkeeseemme asteikkoihin perustuvia kysymyksiä välttämällä 'samaa mieltä/eri mieltä' -väitteitä, sekä valitsimme yhden avoimen kysymyksen jatkokehittämisideoiden mahdollistamiseksi. Kysymysten määrä lomakkeessa ei ole suotavaa olla suuri ja pitkiä kysymyksiä tulisi välttää. Jotta anonymiteetin voisi vastaajien keskuudessa mahdollisimman hyvin säilyttää, päädyimme tekemään kyselylomakkeesta paperisen version, jonka voi nimettömästi täyttää. (Hirsjärvi ym. 2008, 193-199.) Heikkilän (2004, 49) mukaan avoimilla kysymyksillä vastaajilta pyritään saamaan spontaaneja mielipiteitä (Vilka 2013, 68). Monivalintakysymyksillä puolestaan tavoitellaan kysymysten ja vastausten vertailukelpoisuutta. Vastausvaihtoehdot on annettu vastaajalle valmiiksi. (Heikkilä 2004, 50-52; Vilkan 2013, 67 mukaan.)

Kyselylomake ei sisällä sattumanvaraisia kysymyksiä. Ennen kyselyn kokoamista tulee kyselyn laatijan tuntee asiakokonaisuus, jota tämä haluaa tutkia ja kyselyn tulee mitata vain sitä, mitä tutkitaan. Keskeneräiseksi jääneestä kyselylomakkeesta kielivät esimerkiksi pitkät ja vaikeamuotoiset kysymykset. Kyselyn laatijan kannattaa kyselyä tehdessä edetä yksi asiakokonaisuus kerrallaan. On tärkeää miettiä, mitä asiakokonaisuuksia tulee mitata, jotta haluttuihin kysymyksiin saadaan vastauksia. (Vilka 2013, 70-71.)

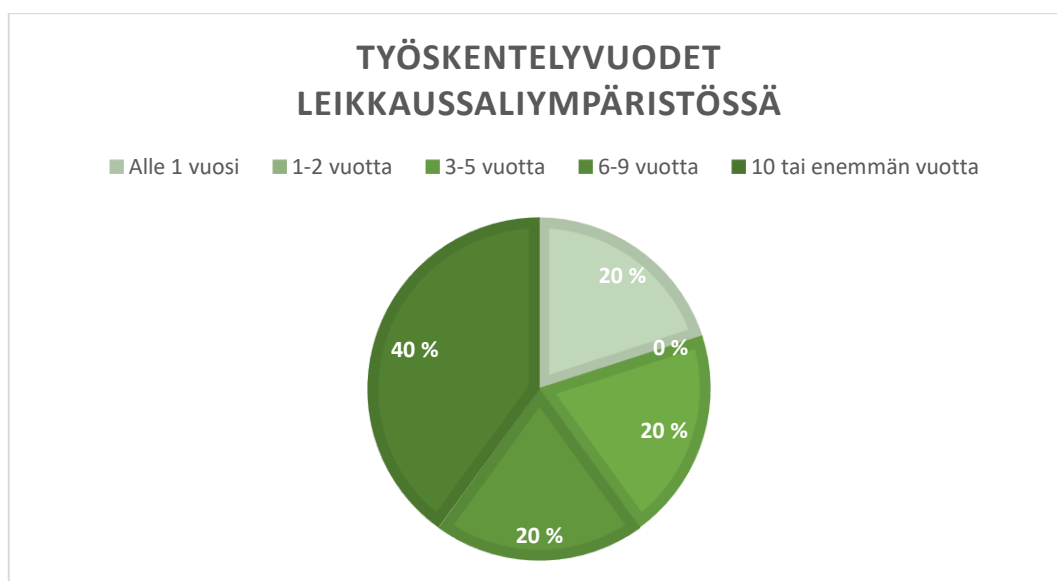
Kyselyn laatijan tulee pohtia, saadaanko tarvittava tieto kyselystä monivalintakysymyksillä, sekamuotoisilla kysymyksillä vai avoimilla kysymyksillä. Jos kyselyn laatija päätyy käyttämään monivalintakysymyksiä, tulee vastausvaihtoehdot miettiä tarkkaan. (Alkula 1995, 134; Vilkan 2013, 71 mukaan.) Vastausvaihtoehtojen tulee olla myös toisensa poissulkevia (Vilka 2013, 71).

Palautekyselyn tulokset

Keräsimme palautetta palautekyselyn avulla Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteessä lopputuotoksen esittelyn yhteydessä. Kyselyyn vastaaminen toteutettiin heti oppaan esittelyn jälkeen. Kaikki kyselyyn vastanneet henkilöt työskentelivät Lahden toimipisteessä leikkaussaliympäristössä. Kyselyn täyttivät kaikki paikalla olleet henkilöt, joita oli yhteensä viisi.

Palautekyselylomakkeemme (Liite 2) sisälsi neljä kysymystä. Ensimmäisessä kysymyksessä mittasimme oppaan hyödyllisyyttä. Toinen kysymys mittasi oppaan helppolukuisuutta. Sekä ensimmäisessä että toisessa kysymyksessä käytimme numeraalista asteikkoa. Asteikon laajuus oli 1-5 ja numero yksi kuvasi huonointa mahdollista mielipidettä ja numero viisi kuvasi parhainta mahdollista mielipidettä. Kolmannen kysymyksen esitimme avoimessa muodossa, jossa vastaajat saivat mahdollisuuden esittää täydennysehdotuksia opasta koskien. Viimeisessä kysymyksessä tiedustelimme vastaajien työkokemusta kokonaisina vuosina leikkaussaliympäristössä. Annoimme mahdollisuuden myös jättää vapaa-muotoista palautetta lomakkeen kääntöpuolelle.

Palautekyselyn jaoimme viidelle yksikön työntekijälle ja jokainen heistä palautti täytetyn kyselyn. Sekä ensimmäisen että toisen kysymyksen vastausten keskiarvo oli 5, eli vastaajien mielipide oppaan hyödyllisyydestä ja helppolukuisuudesta oli paras mahdollinen. Kolmannessa kysymyksessä neljä viidestä vastaajasta esitti kehitysehdotuksen opasta ajatellen. Kehitysideat olivat keskenään samankaltaisia. Saimme ehdotuksia laajemmasta oppaasta: vastaajat toivoivat oppaaseen enemmän erilaisia leikkausasentoja, jotta sitä voisi hyödyntää myös muissa Mehiläinen Oy:n yksiköissä. Lahden yksikköön opas koettiin kuitenkin sopivaksi.



Taulukko 1. Kyselyyn vastanneen henkilökunnan työkokemus leikkaussaliympäristössä kokonaisina vuosina

Neljännän kysymyksen tulokset on esitetty ylempänä olevassa taulukossa (Taulukko 1). Taulukosta on nähtävissä kyselyyn vastanneen henkilökunnan työkokemus leikkaussaliympäristössä kokonaisina vuosina. Vastanneista yksi henkilö on työskennellyt leikkaussaliympäristössä alle vuoden, yksi 3-5 vuotta, yksi 6-9 vuotta ja kaksi 10 vuotta tai enemmän. Kukaan vastanneista ei valinnut vaihtoehtoa 1-2 vuotta.

Vapaamuotoista palautetta lomakkeeseen jätti kolme henkilöä. Kaikki palautetta jättäneet kirjoittivat, että opas oli selkeälukuinen ja huolella tehty. Yksi palautteen antajista koki ”Muista huomioida!” -laatikot oppaassa hyödyllisiksi. Toinen vastaaja toi ilmi, että opas oli helppolukuinen ja kuvat oli aseteltu selkeästi.

Hypotesimme kyselyä tehdessä oli sellainen, että ne yksikön työntekijät, joilla oli eniten työvuosia leikkaussaliympäristössä takanaan, olisivat kokeneet oppaan vähemmän hyödylliseksi kuin ne työntekijät, joilla oli kertynyt vähemmän työvuosia. Tämän vuoksi halusimme kerätä kyselyssä tietoa vastaajien työvuosista, sekä koetusta oppaan hyödyllisyydestä. Olettamuksemme oli kuitenkin väärä, sillä jokainen vastaaja arvioi oppaan hyödyllisyyden parhaaksi mahdolliseksi riippumatta siitä, kuinka monta vuotta vastaaja oli leikkaussaliympäristössä työskennellyt. Oppaan helppolukuisuudesta halusimme kysyä siksi, jotta olisimme tarvittaessa pystyneet tehdä oppaaseen muutoksia. Kyselyn tulokset kuitenkin kertoivat, että tälle ei ollut tarvetta. Avoimella kysymyksellä halusimme saada työyksikön jäseniltä kehitysideoita tulevaa varten.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössämme käytettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Lähdeluettelo ja lähdeviitteet on tehty hyvän tutkimustavan mukaisesti, lainsäädäntö huomioon ottaen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Käytimme prosessissa ajankohtaista näyttöön perustuvaa tietoa tiedonhakulähteistä muun muassa Medic-tietokannasta ja Duodecimin arkistoista sekä hoitotyön kirjoista ja julkaisuista.

Kattava kotimaisten sekä ulkomaisten lähteiden käyttö lisää opinnäytetyön luotettavuutta, kunhan muistetaan olla lähdekriittisiä ja tarkastellaan lähteiden eettisyyttä arvioimalla kirjoittajaa sekä julkaisijaa. Lähdetekstiä lukiessaan olisi tärkeää kiinnittää huomiota mikä on lähteen käyttötarkoitus. On osattava arvioida, onko julkaisija tai kirjoittaja vaikuttanut aiheiston luotettavuuteen esimerkiksi poliittisista tai kaupallisista syistä. (LUT Tiedekirjasto Lahti 2020.) Opinnäytetyössämme on lisäksi käytetty toimeksiantajan työelämässä olevia yhteyshenkilöitä, jotka ovat auttaneet työn luomisessa ja arvioineet kanssamme työtä sen edetessä.

Opinnäytetyön aluksi prosessin mukaan kirjoitimme Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteen yhteyshenkilöemme kanssa yhteistyössä toimeksiantosopimuksen ohjeiden mukaisesti, sekä heidän oman sopimuksensa opinnäytetyön tekemisestä (ARENE 2018). Mehiläinen Oy:n oma sopimus opinnäytetyöstä sisälsi sopimuksen voimassaoloajan, aiheen, tavoitteen, opinnäytetyötä koskevan ohjauksen sekä luottamukselliset tiedot. Liitteeksi Mehiläinen Oy:n sopimukseen liitimme opinnäytetyösuunnitelman luettavaksi toimeksiantajallemme.

Oppaassamme olevat valokuvat on kuvattu oikeassa leikkaussaliympäristössä, joten kuvissa käytettävä leikkaustaso ja välineet ovat oikeat. Kuvauksessa mukana oli toimeksiantajalle työskentelevä asiantunteva ammattilainen, joka valvoi kuvausta ja antoi ohjausta. Leikkaussaliympäristössä työskentelevän ammattilaisen arviointi ja tarkkailu lisäävät kuvien luotettavuutta. Kuvien eettisyyttä miettiessämme vastaan tuli Tekijänoikeuslaki (404/1961) joka suojelee kaikkia tuotettuja teoksia, joten päädyimme ottamaan valokuvat itse ja jo alussa päätimme, että kuvissa esiintyisi yksi opinnäytetyöryhmämme jäsenistä vapaaehtoisesti. Sumensimme kuvista kasvot pois yksityisyydensuojan säilymisen takamiseksi.

Niin kuin Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) toteavat, pyrimme työskentelyn ajan, tuloksen julkaisussa ja muutenkin kaikessa toimissamme läpinäkyvyyteen, kuten asiaan kuuluu. Emme esimerkiksi materiaaleissamme, opinnäytetyössä tai opinnäytetyön

tuotoksessa kirjoita kenestäkään koko nimellä. Olemme kysyneet haastattelemiltamme yksikön työntekijöiltä luvan nimen käyttöön opinnäytetyössä. Emme myöskään keränneet nimiä ylös, kun pyysimme palautetta lopullisesta työstä kyselylomakkeen muodossa.

Ennen esittämisvaihetta valmis työ lähetettiin plagioinnin poissulkemiseksi Turnitin-palveluun. Hyväksytty opinnäytetyöraportti tallennettiin ohjeiden mukaisesti ammattikorkeakoulujen julkaisuiden kirjasto Theseukseen. Julkaiseminen kuuluu avoimen tieteen ja tutkimuksen periaatteisiin. (Lahden ammattikorkeakoulu 2018.)

Palautekyselyn eettisyys ja luotettavuus

Palautekyselyn luotettavuutta tukevat eri menetelmät, joita voidaan käyttää lomakkeen laadinnassa sekä tulosten analysoimisessa. Meidän tilanteessa käytössämmme oli tutkijatriangulaatio eli käytimme useampaa kirjoittajaa palautekyselyn kokoamisessa, aineistonkeräämisessä sekä tulosten tulkitsemisessä. Näin luotettavuus pyrittiin pitämään koko prosessin ajan. (Hirsjärvi ym. 2008, 226-228.)

Luottamuksellinen tiedon kerääminen ja käsittely tuovat palautekyselyyn luotettavuutta sekä luovat kyselyn luojan ja vastaajan välille luottamusta. Palautekyselyn etukäteen tiedoksi antaminen ja vielä tilanteessa asianomaisilta luvan palautteen annolle kysyminen ovat merkki luottamuksellisesta tavasta kerätä tietoa ja käsitellä. (Kuula 2006, 35; Walliman 2005, 364–365; Creswell 2003, 66–67; Vilkan 2013, 91-92 mukaan.)

Anonyymisti annettavan palautelomakkeen takana ohjaavat lait Henkilötietolaki (1999/523) ja Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (1999/621). Aineiston hävittäminen kuuluu tehdä asianmukaisesti ilman, että kukaan asiaton ei pääsisi käyttämään tietoja hyväkseen (Creswell 2003, 66; Kuula 2006, 64,79; Walliman 2005, 364; ks. Majamaa 2006, 31; Vilka 2013, 95.)

6.2 Arviointi

Yhteistyömme Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteen kanssa koko opinnäytetyön teon ajan oli selkeää ja suoraviivaista, sekä mielekästä ja ammatillista. Saimme tietoa Lahden toimipisteessä tehtävistä leikkauksista yksikön leikkaussalikoordinaattorilta ja apua sairaanhoitajalta mahdollisiin kysymyksiimme. Meille oli tärkeää, että opas tulisi olemaan toimeksiantajalle hyödyllinen ja siksi olimme käyneet keskustelua oppaan sisällöstä ja ideoinnista henkilökunnan kanssa. Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteen yhteyshenkilöt olivat alusta alkaen aktiivisesti mukana auttamassa meitä prosessissa ja myös auttoivat meitä kuvauspäivänä kaikkien leikkausasentojen laitossa.

Esitimme oppaan helmikuussa 2020 Mehiläinen Oy:n Lahden toimitiloissa. Oppaan esittämistilaisuutta oli kuuntelemassa yksikön leikkaussalihoitajat sekä yksikön palvelupäällikkö. Opas otettiin yksikössä mielenkiinnolla vastaan ja esittämistilaisuus sujui kollegiaalisissa tunnelmissa. Saumaton yhteistyö on olennainen osa opinnäytetyöprosessia.

6.3 Johtopäätökset ja kehittämisen kohteet

Tuottamamme opas koettiin toimeksiantajan puolelta erittäin hyödylliseksi. Toimeksiantajan positiivisen vastaanoton perusteella opas varmasti otetaan yksikössä käyttöön. Palvelupäällikkö kysyi suostumustamme siihen, että opas jaettaisiin myös muihin Mehiläinen Oy:n yksiköihin. Hänen mukaansa sille voisi olla myös käyttöä esimerkiksi Jyväskylän yksikössä, joka on samankokoinen kuin Lahden yksikkö.

Mehiläinen Oy:n Lahden yksikön leikkaussaliin ei ollut aikaisemmin tehty opinnäytetyötä. Oppaamme sisälsi vain ne leikkausasennot, joita Lahden yksikön leikkaussalissa käytetään. Palautekyselyiden vastausten perusteella opasta voisi jatkokehittää lisäämällä muita leikkausasentoja. Esimerkiksi gynekologinen asento tuli vastauksissa ilmi, jonka voisi oppaaseen lisätä.

LÄHTEET

- ARENE 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene Ry [viitattu 9.1.2020]. Saatavissa: http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222
- Dybec, R. 2004. Intraoperative Positioning and Care of the Obese Patient. Plastic Surgical Nursing. Nro 3/2004 [viitattu 21.1.2020]. Saatavissa: http://www.actionproducts.com/media/files/OR_Study_ObesePositioning.pdf
- Finnanest. 2015. Helsingin julistus potilasturvallisuudesta anestesiologian ja tehohoidon erikoisalalla. 2015; 48 (4) [viitattu 30.12.2019]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/fi-les/nyt_helsingin_julistus.pdf
- Gutierrez, LS., Santos, JLG., Peiter, CC., Menegon, FHA., Sebold, LF. & Erdmann, AL. 2018. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. 2018;71(Suppl 6):2775-82 [viitattu 30.12.2019]. Saatavissa: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/0034-7167-reben-71-s6-2775.pdf>
- Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R., Ilola, T. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita.13.-14., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Higgins, J., Frank, R., Hamamoto, J., Provencher, M., Romeo, A. & Verma, N. 2017. Shoulder Arthroscopy in the Beach Chair Position. Arthroscopy Techniques [viitattu 20.1.2020]. Saatavissa: [https://www.arthroscopytechniques.org/article/S2212-6287\(17\)30097-X/fulltext](https://www.arthroscopytechniques.org/article/S2212-6287(17)30097-X/fulltext)
- Hynynen, M. 2014. Leikkaussalianestesia. Teoksessa Rosenberg, P. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 3., uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy: Infor, 12-14.
- Itkonen, M. 2012. Typografian käsikirja. 4., tarkistettu ja laajennettu painos. Helsinki: RPS-yhtiöt.
- Jinnah, A., Sandeep, M., Plate, J., Stone, A. & Freehill, M. 2016. Basic Shoulder Arthroscopy: Lateral Decubitus Patient Positioning. Arthrosc Tech [viitattu 20.1.2020]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5124347/>
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen - lisätietoa potilaalle. Käyvän hoidon potilasversiot [viitattu 8.1.2020]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089

Kotimaisten kielten keskus. 2020. Vinkkejä ohjetekstin tekijöille [viitattu 30.1.2020]. Saatavissa: https://www.kotus.fi/ohjeet/virkakieli/ohjeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lahden ammattikorkeakoulu. 2018. Opinnäytetyön ohje ammattikorkeakoulututkinto. Lahden ammattikorkeakoulu.

Laine, L. 2020. Sairaanhoidtaja. Mehiläinen Oy. Haastattelu 15.1.2020.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Suomen laki [viitattu 29.12.2019]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta>

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2015. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lumio, J. 2018. Sairaala-infektiot ja sairaalabakteerit. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 12.1.2020]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01042

LUT Tiedekirjasto Lahti. 2020. Informaatiolukutaidon perusteet: Hakutulosten arviointi. [viitattu 28.2.2020]. Saatavissa: <http://libguides.lamk.fi/tiedonhankinnanopas/lahdekritiikki>

Luukkonen, M. 2004. Tekstiä tekemään! Kirjoittajan opas. 1. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Mehiläinen Oy. 2019a. Mehiläisen digitaaliset palvelut [viitattu 5.12.2019]. Saatavissa: <https://www.mehilainen.fi/yrityksille/digitaaliset-palvelut>

Mehiläinen Oy. 2019b. Mehiläinen yrityksenä [viitattu 5.12.2019]. Saatavissa: <https://www.mehilainen.fi/yritysinfo/mehilainen-yrityksena>

Mustajoki, P., Kinnunen, M. & Aaltonen, L-M. 2014. Leikkaussalissa tapahtuu. Lääkärilehti 18/2014 [viitattu 13.1.2020]. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/leikkaussalissa-tapahtuu/>

- Oliveira, K., Pires, P., De-Mattia, A., Barichello, E., Galvão, C., Araújo, C. & Barbosa, M. 2018. Influence of support surfaces on the distribution of body interface pressure in surgical positioning [viitattu 26.2.2020]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280176/>
- Pauniahho, S-L. & Ikonen T-S. 2010. Kaikki kunnossa - valmiina viiltoon. Pääkirjoitus. Duodecim [viitattu 30.12.2019]. Saatavissa: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66040/kaikki_kunnossa_valmiina_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pere, P. & Alahuhta, S. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Käypä Hoito -suositukset. Teoksessa Rosenberg, P. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 3., uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy: Infor, 38-40.
- Pitkänen, M. 2014. Vatsa-asento. Teoksessa Rosenberg, P. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 3., uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy: Infor, 363-396.
- Raita, H. 2019. VS: Leikkausasennot. Sähköpostiviesti. Vastaanottaja Haapala, J. Lähetetty 22.11.2019.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoito-työn taidot ja toiminnot. 4.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rotko, N. 2010. Leikkausasennot anestesiologin näkökulmasta. FINNANEST 2010, 43 (4) [viitattu 30.12.2019]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/rotko_leikkausasennot.pdf
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Hyvä tutkimuskäytäntö Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoar- kisto. [viitattu 9.1.2020]. Saatavissa: https://www.fsd.uta.fi/menetelmaope- tus/kvali/L3_1_2.html
- Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A., Eskola, J., Kuula-Luumi, A., Rissanen, R. & Karvinen, I. 2010. KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Ky- selylomakkeen laatiminen [viitattu 29.1.2020]. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/menetel- maopetus/kyselylomake/laatiminen.html>
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu [viitattu 9.1.2020]. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Silén-Lipponen, M. 2005. Teamwork in operating room nursing: Conceptual perspective and Finnish, British and American nurses' and nursing students' experiences. Väitöskirja [viitattu 26.2.2020]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0074-3>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakas-turvallisuusstrategia 2017-2021 [viitattu 3.1.2021]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404. Suomen laki [viitattu 9.1.2020]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404>

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen Yliopisto. Hoito-tieteen laitos, terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja [viitattu 18.2.2020]. Saatavissa: https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Lihavuuden yleisyys Suomessa [viitattu 21.1.2020]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hank-keet/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuuden-yleisyys-suomessa>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Potilasturvallisuus [viitattu 9.12.2019]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Teunissen, C., Burrell, B. & Maskill, V. 2019. Effective Surgical Teams: An Integrative Literature Review [viitattu 31.1.2020]. Saatavissa: <https://journals-sagepub-com.aineis-jot.lamk.fi/doi/full/10.1177/0193945919834896>

Tohmo, H., Kuosa, R. & Erkola, O. 2014. Potilasturvallisuus. Teoksessa Rosenberg, P. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 3., uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy: Infor, 24-34.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäily-jen käsitteleminen Suomessa [viitattu 9.1.2020]. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vilkka, H. 2013. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet [viitattu 22.1.2020]. Saatavissa: <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vaarala, J. 2014. Anestesiahoitajan työpäivä Lapin keskussairaalan päiväkirurgisella osastolla. Pinsetti 3/2014 [viitattu 5.12.2019]. Saatavissa: https://reppu.lamk.fi/plu-ginfile.php/1070257/mod_resource/content/1/Anehoit%20toimenkuva%20%2B%20Leikkausasennot%20%2B%20Steriilin%20p%C3%B6yd%C3%A4n%20teko.pdf

- Ward, B. & Lubowitz, J. 2013. Basic Knee Arthroscopy Part 1: Patient Positioning. Arthroscopy Techniques [viitattu 30.12.2019]. Saatavissa: [https://www.arthroscopytechniques.org/article/S2212-6287\(13\)00082-0/fulltext](https://www.arthroscopytechniques.org/article/S2212-6287(13)00082-0/fulltext)
- Östman-Laaksonen, A. 2012. Päivystysluonteinen lannerangan discusleikkaus. Pinsetti 2/2012, 30 [viitattu 29.1.2020]. Saatavissa: https://www.forna.fi/images/PDF_tiedostot/Pinsetit/pinsetti_2012_2.pdf

LIITTEET

Liite 1: Opas leikkausasennoista

Liite 2: Palautekysely



OPAS LEIKKAUSASENNOISTA

OPAS MEHILÄINEN OY:N LEIKKAUSSALIHENKILÖKUNNALLE

Lukijalle

Tämä opas on suunniteltu ja tehty yhteistyössä Mehiläinen Oy:n Lahden toimipisteen kanssa. Oppaan tarkoituksena on tuoda Mehiläinen Oy:n Lahden yksikköön päivitettyä tietoa leikkausasennoista ja auttaa jo yksikössä työskentelevää leikkaussalihenkilökuntaa ylläpitämään tietojansa ja taitojansa. Oppaan tarkoituksena on myös auttaa opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Jos olet aloittamassa työuraasi leikkaussalissa, tai olet kirurgisen hoitotyön harjoittelua suorittava opiskelija, toivomme että oppaamme tutustuttaa Sinut yksikössä käytettäviin leikkausasentoihin.

Oppaasta löytyy helposti yleisimmät leikkausasennot, joita yksikössä käytetään, sekä huomautuksia leikkausasentojen laittoon liittyen. Lisäksi oppaasta löytyy tietoa yksikön leikkaustasosta ja erilaisista välineistä, joita leikkausasentojen laitossa saatetaan tarvita.

Oppaassa on käytetty samaa teorial tietoa kuin opinnäytetyön teoriaosuudessa. Koottu tieto on laajalti erilaisista lähteistä, ja sitä me oppaan tekijät olemme hyödyntäneet parhaalla mahdollisella tavalla.

Toivomme, että tästä oppaasta on Sinulle hyötyä!

Leikkaustasot ja kauko-ohjaimet

Salissa numero yksi on Merivaara® -merkin leikkaustaso. Leikkaustasoon on saatavilla kaksi erilaista pääpalaa. Useammin käytetty pääpala on tavallinen litteä pääpala, joka on samalla tasolla leikkaustasoon nähden. Tason toisenlaista pääpalaa käytetään yksikön olkapääoperaatioissa.



Kuva 1. Salin 1 leikkaustaso

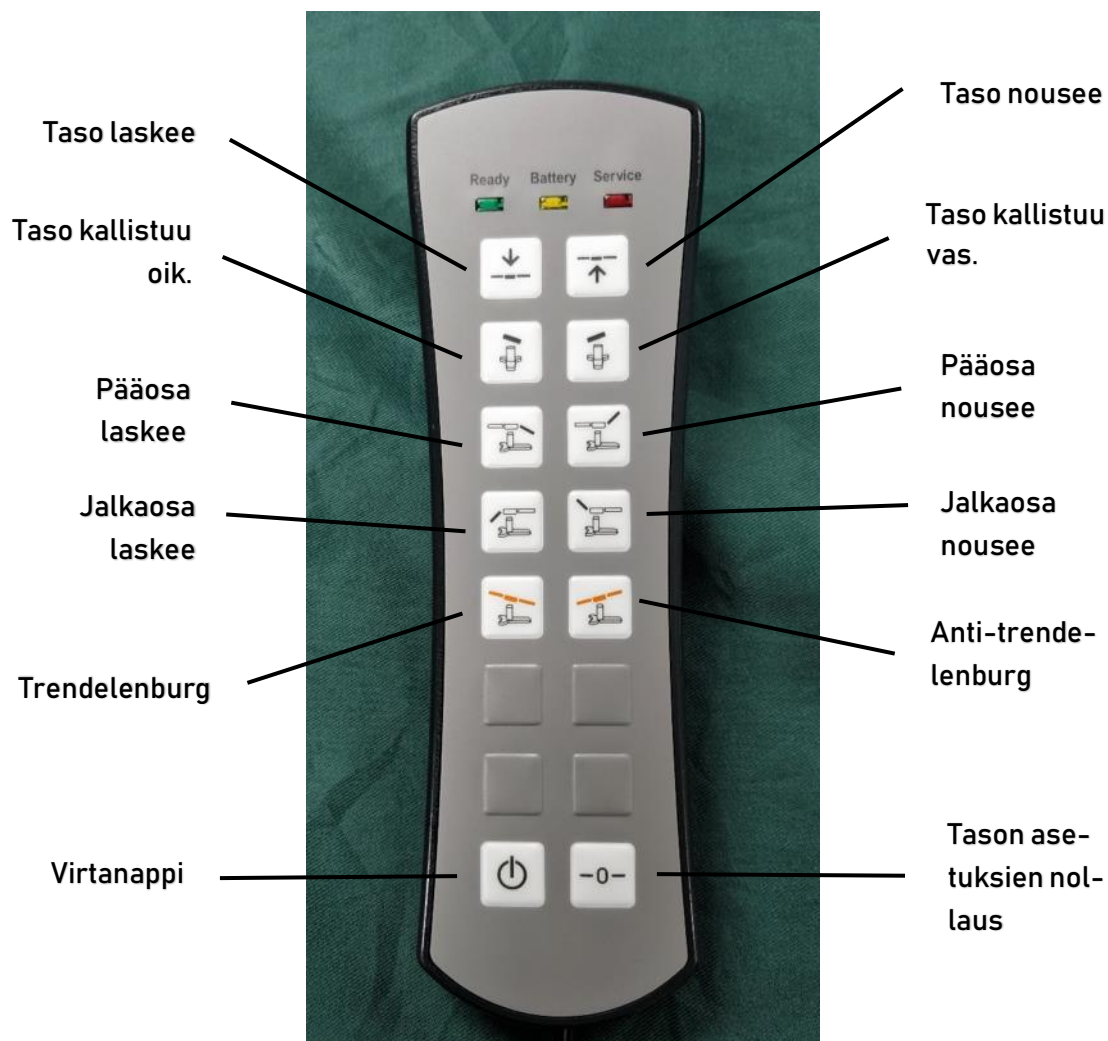


Kuva 2. Tason litteä pääpala



Kuva 3. Tason olkapääleikkauksissa käytettävä pääpala

Leikkaustasoa liikutetaan erilaisiin asentoihin tasossa kiinni olevan ohjaimen avulla. Yleensä anestesiahoitaja käyttää ohjainta.



Kuva 4. Salin 2 leikkaustason kaukosäädin

Leikkaussalissa numero kaksi on MAQUET® -merkkinen leikkaustaso. Leikkaustason jalkatuet voidaan ottaa leikkaustasosta irti, mutta leikkaustasoon on vain yksi pääpala.



Kuva 5. Salin 2 leikkaustaso

Leikkaustasoa liikutetaan erilaisiin asentoihin kauko-ohjaimen avulla.



Kuva 6. Salin 2 kaukosäädin

Erilaiset tuet, tyynyt ja remmit



Kuva 7. Geelityyny



*Kuva 8. Reikätyyny, jota
käytetään vatsa-asen-
nossa*



*Kuva 9. Erilaisia tyynyjä - reiällistä tyynyä käytetään usein lap-
sien korvien putkituksissa*



Kuva 11. Pehmustettu tukiremmi



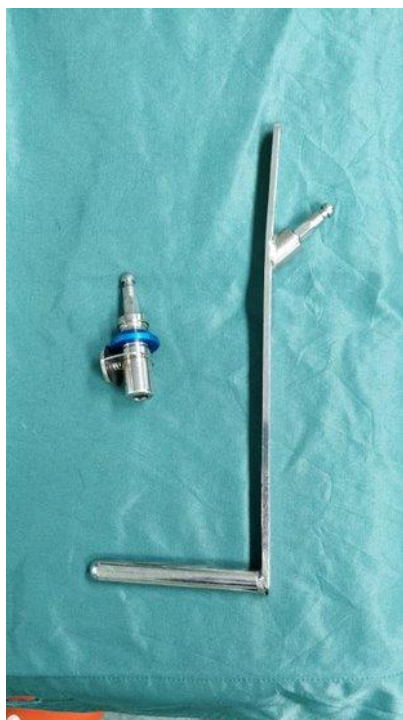
Kuva 12. Leikkaustaso reunaan laitettava sivutuki, jota käytetään esimerkiksi kylkiasennossa ja ortopedisessä asennossa



Kuva 10. Erilaisia pehmusteita



Kuva 13. Käden pehmustus- ja kiinnityssetti olkapääleikkauksia varten



Kuva 14. Steriilistä pakkauksesta otettu käsiteline ja siihen kuuluva nivel olkapääleikkauksia varten



Kuva 15. Spider2 olkapääleikkauksia varten



Kuva 16. Vatsa-asennossa käytettävä jalkojen ja lantion tuki



Kuva 17. Ortopedisessa asennossa käytettävä jalkatuki

Selkäasento

Selkäasentoa käytetään tyrä-, yläluomi- ja rintaleikkauksissa. Myös risaleikkaukset ja korvien putkitukset tehdään selkäasennossa.

Selkäasentoa varten varmista, että leikkaustasossa on litteä pääpala, yksi tai kaksi käsitukea sekä erilliset jalkapalat.

Asentoa varten tarvitset:

- Tyynyn pään ja jalkojen alle
- Käsituen tai kaksi käsitukea, sekä tarvittaessa kiinnitysremmit
- Tarvittaessa lisäpehmustetta esimerkiksi kantapäiden tai ristiselän alle



Kuva 18. Valmis selkäasento

Muista huomioida!

- Hiukset tai lävistyksset eivät saa painaa päätä
- Kaularanka on mahdollisimman neutraalissa asennossa
- Toinen käsi voi tarvittaessa olla vartalon vieressä
 - Käden voi varmistaa paikalleen käyttämällä esimerkiksi vuodesuojaa tai lämmityspeitettä
 - Kämmen tulisi pehmustaa, jotta sormet jäävät hyvään asentoon
 - Käsi ei saa jäädä puristuksiin
 - Käden asennon varmistava liina ei saa olla liian tiukalla
- Kädet loitontuvat enintään 90 astetta vartaloon nähden
- Kädet eivät saa roikkua käsitelineen yli, eikä ranne taipua liikaa
- Lanneranka ei saa ylikaareutua
- Polvet eivät saa yliojentua
- Takaraivo, lapaluut, ristiluu, pohkeet ja kantapää tulee pehmustaa

Rantatuoliasento

Rantatuoliasentoa käytetään olkapääleikkauksissa.

Olkapääleikkauksia tehdään vain salissa 1, sillä salin leikkaustasoon voidaan vaihtaa erilainen pääpala. Salissa 2 tämä ei ole mahdollista. Tarvitset siis rantatuoliasennossa käytettävän pääpalan leikkaustasoon kiinnitettäväksi, sekä käsituen vapaana olevaa kättä varten.

Asentoa varten tarvitset:

- Pehmustetun tukiremmiin
- Spider2 -laitteen (Kuva 15), joka kiinnitetään leikkaustason kiskoihin
- Steriilissä pakkauksessa olevat käsitukitarvikkeet (Kuva 14)
- Käden pehmustussetin (Kuva 13)
- Tyynyjä jalkojen kohottamiseen



Kuva 19. Valmis rantatuoliasento



Kuva 20. Valmis rantatuoliasento

Kun potilas on tukevasti leikkaustasolla, kohotetaan leikkaustason yläpäätä noin 60 asteen kulmaan. Lantion ja pakaroiden hyvä asento varmistetaan polvien alle asetettavilla tyy-nyillä. Pehmustetulla tukiremmillä varmistetaan ylävartalon hyvä asento. Operoitavan kä-
den puolelta leikkaustasosta otetaan reunimmainen pala irti (Kuva 21).



Kuva 21. Leikkaustasosta otetaan operoitavan olkapään puoleinen pala pois

Potilaan kättä tulee pitää tuettuna steriilin pesun ajan. Pesun jälkeen käsi kiinnitetään käsitelineeseen. Kättä tukeva hoitaja ei saa päästää kädestä irti ennen kuin käsi on tukevasti kiinnitetty käsitelineeseen Medirip-sidoksella.



Kuva 22. Leikattavan olkapään puoleinen käden pehmustus



Kuva 23. Leikattavan olkapään puoleinen käsi on pehmustettu ja kiinnitetty hyvin

Muista huomioida!

- Hiukset tai lävistykset eivät saa painaa päätä
- Kaularanka on mahdollisimman neutraalissa asennossa
- Pää asettuu tukevasti pääpalaa vasten
- Sormien hyvä asento käden pehmustuksen ja kiinnityksen yhteydessä
- Vapaa käsi ei saa loitontua liikaa
- Operoitavan olkapään puoleisen lapaluun pehmustus
- Pehmustettu tukiremmin on kiinnitetty vyötärölle
- Pakarat asettuvat tukevasti ylemmän sauman kohdalla leikkaustasossa
- Polvien alle laitetaan tyynyjä

Kylkiasento

Kylkiasentoa käytetään nilkan alueen leikkauksissa.

Leikkaustasossa tarvitset litteän pääpalan ja käsitelineen. Alempi käsi lepää pehmustetulla käsitelineellä.

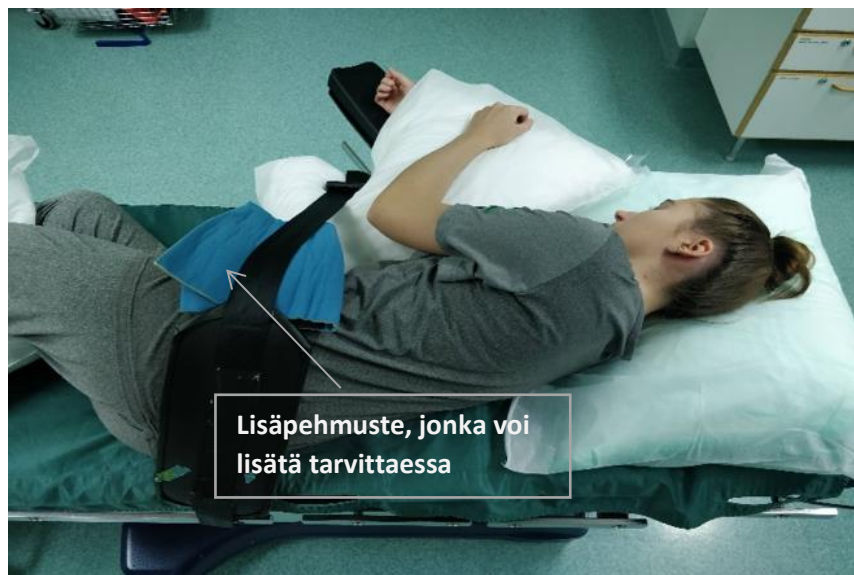
Asentoa varten tarvitset:

- Tyynyn pään alle ja polvien väliin
- Halaustyynyn käsien väliin
- Pehmustetun tukiremmiin
- Sivutuen



Kuva 24. Valmis kylkiasento

Nukutetun potilaan kääntäminen kylkiasentoon vaatii usean työntekijän osallistumista. Potilaan alempi jalka tulisi olla polvesta ja lonkasta koukistettuna. Käsien välissä on halaustyyny, joka mahdollistaa käsien luonnollisen asennon ja samalla helpottaa hengitystyötä.



Kuva 25. Valmis kylkiasento

Muista huomioida!

- Hiukset tai lävistyksset eivät saa painaa päätä
- Kaularanka on mahdollisimman neutraalissa asennossa
- Tyynyä vasten oleva korvalehti ei jää rullalle
- Alempi käsi ei loitonnu liikaa vartaloon nähden
- Alempi olkapää jää hyvään asentoon, eikä ylävartalon paino ole sen päällä
- Lantio on tukevasti selkätukea vasten
- Jalat ovat luonnollisessa asennossa
- Alempi jalka on koukistettuna lonkasta ja polvesta
- Polvien välissä on tarpeeksi pehmustetta

Ortopedinen asento

Ortopedistä asentoa käytetään polvileikkauksissa.

Leikkaustasoon tarvitset litteän pääpalan ja käsituet. Molemmat jalkapalat ovat kiinni tasossa.

Asentoa varten tarvitset:

- Tyynyn pään alle
- Sivutuen reiden tukemiseksi (Kuva 12)
- Tarvittaessa jalkatuen leikattavan jalan puolelle (Kuva 17)
- Tarvittaessa tyynyn vapaan jalan alle
- Verityhjiömansetin



Kuva 26. Valmis ortopedinen asento, jossa jalkatuki on käytössä



Kuva 27. Valmis ortopedinen asento, jossa jalkatuki ei ole käytössä



Kuva 28. Jalka jalkatuella



Kuva 29. Verityhjiömansetti oikean reiden ympärillä

Muista huomioida!

- Hiukset tai lävistykset eivät saa painaa päätä
- Kaularanka on mahdollisimman neutraalissa asennossa
- Kädet eivät loitonnu liikaa vartaloon nähden
- Kädet eivät saa roikkua käsitelineen yli, eikä ranne taipua liikaa
- Lanneranka ei saa ylikuormitusta
- Takaraivo, lapaluut, ristiluu, pohkeet ja kantapää tulevat pehmustaa

Vatsa-asento

Genuepektoraaliasentoa käytetään selkäleikkauksissa.

Leikkaustasoon tarvittavat jalkaosat, jotka taitetaan alas ja pehmustetut käsivetimet.

Asentoa varten tarvittavat:

- Reikätyynyn pään alle (Kuva 7)
- Tyynyn vatsan alle
- Lantion sivutuet ja pehmusteen (Kuva 16)



Kuva 30. GP-asento

Muista huomioida!

- Alempi korvalehti ei saa jäädä rullalle
- Hiukset tai lävistyksen ei saa painaa päätä
- Päättä käännetään säännöllisin väliajoin leikkauksen aikana
- Kätet ovat mahdollisimman luonnollisessa asennossa
- Kaularangan tulee olla mahdollisimman mukavassa asennossa
- Polvien taivutuksen tulee olla pienemmässä kulmassa, kuin 90 astetta
- Pakaroiden tulee nojata rennosti niille tarkoitettua tukea vasten
- Lantio pitää olla tuettuna molemmin puolin sivutuilla

Omat muistiinpanot

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

LÄHTEET

Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R., Ilola, T. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Itkonen, M. 2012. Typografian käsikirja. 4., tarkistettu ja laajennettu painos. Helsinki: RPS-yhtiöt.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kotimaisten kielten keskus. 2020. Vinkkejä ohjetekstin tekijöille [viitattu 30.1.2020]. Saatavissa: https://www.kotus.fi/ohjeet/virkakieliohjeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Laine, L. 2020. Sairaanhoidaja. Mehiläinen Oy. Haastattelu 15.1.2020.

Laine, L. 2020. VS: Kysymyksiä leikkaussalin varustelusta. Sähköpostiviesti. Vastaanottaja Hyökki, E. Lähetetty 3.2.2020.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2015. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-5. painos Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Raita, H. 2019. VS: Leikkausasennot. Sähköpostiviesti. Vastaanottaja Haapala, J. Lähetetty 22.11.2019.

Rotko, N. 2010. Leikkausasennot anestesiologin näkökulmasta. FINNANEST 2010, 43 (4) [viitattu 30.12.2019]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/rotko_leikkausasennot.pdf

TEKIJÄT

Elina Hyökki

Jessi Haapala

Jenni Johansson

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sosiaali- ja terveysala

Kevät 2020



LIITE 2

PALAUTEKYSELY

Toivomme, että saisimme vastauksen mahdollisimman moneen kysymykseen.

1. Kuinka hyödyllinen opas mielestäsi on? Ympyröi vastauksesi.

Ei hyötyä 1 2 3 4 5 Erittäin hyödyllinen

2. Kuinka helppolukuiseksi koit oppaan leikkausasennoista? Ympyröi vastauksesi.

Ei ollenkaan helppolukuinen 1 2 3 4 5 Erittäin helppolukuinen

3. Kaipaako opas mielestäsi täydennystä? Ympyröi vastauksesi.

Kyllä / Ei

Jos vastasit kyllä, voit jättää vapaamuotoisen täydennysehdotuksen alle

4. Kuinka pitkään olet *yhteensä* työskennellyt leikkaussaliympäristössä? Ympyröi vastauksesi.

Alle 1 vuoden 1-2 vuotta 3-5 vuotta 6-9 vuotta 10 tai enemmän vuotta

Voit halutessasi jättää lomakkeen kääntöpuolelle vapaamuotoista palautetta.

Kiitos palautekyselyyn osallistumisesta!